

3 Gesundheitssysteme

Als Gesundheitssystem oder Gesundheitswesen bezeichnet man die Gesamtheit der Einrichtungen, deren Aufgabe es ist, die Gesundheit einzelner Menschen und die der gesamten Bevölkerung zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen sowie Krankheiten vorzubeugen. Gesundheitssysteme können sehr verschieden organisiert und finanziert werden. Üblicherweise unterscheidet man Sozialversicherungsmodelle von nationalen Gesundheitsdiensten. Viele Gesundheitssysteme haben Elemente aus beiden Organisationsmodellen übernommen.

In diesem Kapitel vergleichen wir zuerst die Organisation, die Kosten und die Qualität der Gesundheitssysteme verschiedener Länder und diskutieren dann ausführlich die Situation in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland. Wir beleuchten die Rolle, die der Staat in den jeweiligen Gesundheitssystemen übernimmt und betrachten die Organisation der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie Kosten, Vergütung und Finanzierung der Leistungen. Dabei gehen wir auch auf verschiedene Aspekte des Versicherungswesens ein. Ein zentraler Bereich im Hinblick auf die Qualität der Gesundheitssysteme ist die Patientensicherheit, mit der wir uns abschließend beschäftigen.

Schweizerische Lernziele: CPH 4, CPH 21–26, GME 35, GME 37, GMA 15

3.1 Einführung in das Gesundheitswesen

Matthias Egger

3.1.1 Definition und Ziele

Das Gesundheitssystem oder Gesundheitswesen umfasst in einem Land alle staatlichen und privaten Einrichtungen, deren Aufgabe es ist, die Gesundheit einzelner Menschen und die der gesamten Bevölkerung zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen sowie Krankheiten vorzubeugen. Zu den Bereichen des Gesundheitswesens gehören also Gesundheitsförderung und Prävention ebenso wie die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten und Unfällen sowie die Rehabilitation von kranken und verunfallten Menschen. Im weiteren Sinne können auch gesundheitsbezogene Forschung, pharmazeutische Industrie und Medizintechnik zum Gesundheitssystem eines Landes mit hinzu gerechnet werden.

In den Industrienationen ist das Gesundheitssystem ein volkswirtschaftlich überaus wichtiger Beschäftigungszweig. So ist in Großbritannien der staatliche *National Health Service* (NHS, s. u.) der größte Arbeitgeber im Land. Auch in der Schweiz, Österreich und Deutschland zählt das Gesundheitswesen zu den wichtigsten Arbeitgebern im Dienstleistungssektor.

Wesentliche Ziele und Qualitätskriterien eines Gesundheitssystems sind:

- **Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit:** Die erbrachten Leistungen sollen wirksam sein und zeitgerecht erbracht werden.
- **Bedarfsgerechtigkeit und Zweckmäßigkeit:** Die Leistungen sollen auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnitten sein.

<https://doi.org/10.1515/9783110466867-007>

- *Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit*: Die hieraus entstehenden Kosten sollen tragbar und durch die erzielten Ergebnisse gerechtfertigt sein.
- *Chancengleichheit und Fairness*: Der angebotene Grundkatalog an Leistungen soll unabhängig von Einkommen und Status allen Menschen offen stehen.

3.1.2 Organisationsmodelle

Die Gesundheitssysteme westlicher Industrienationen lassen sich idealtypisch in zwei Gruppen einteilen:

- *Sozialversicherungsmodell*: Dieses Modell wird nach Reichskanzler Otto von Bismarck (1815–1898), der die Sozialversicherung in Deutschland in den 1880er Jahren als Folge der durch die Industrielle Revolution auftretenden sozialen Spannungen einführt, auch als *Bismarck-Modell* bezeichnet. Das zentrale Organisationsmerkmal sind Versicherungskassen, die einen eigenständigen rechtlichen Status haben und sich selbst verwalten. In der Regel handelt es sich dabei heute um Pflichtversicherungen, die über einkommensabhängige Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert werden. Versichert sind nicht nur die Arbeitnehmer selbst, sondern auch ihre Familienangehörigen sowie Arbeitslose und Rentner. In Deutschland gehören hierzu die Kranken-, die Pflege- und die Unfallversicherung, in Österreich und der Schweiz die Kranken- und die Unfallversicherung. Die schweizerische Krankenversicherung stellt allerdings einen Sonderfall dar, weil sie nicht durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert wird, sondern durch individuelle Beiträge und Prämien, die nicht einkommensabhängig sind. Auch Familienangehörige, Arbeitslose und Rentner müssen sich selbst versichern. Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Personen, die in bescheidenen Verhältnissen leben, sind die zu zahlenden Prämien jedoch geringer.
- *Nationaler Gesundheitsdienst*: Dieses Modell wird nach dem Ökonomen Sir William Beveridge (1879–1963), der 1942 die Schaffung eines nationalen Gesundheitsdienstes in Großbritannien vorschlug, auch *Beveridge-Modell* genannt. Sein Plan wurde nach dem Ende des 2. Weltkrieges mit der Gründung des *National Health Service* (NHS) umgesetzt. Das Gesundheitssystem wird vom Staat betrieben und über Steuern finanziert. Im Gegensatz zum Sozialversicherungsmodell liegen die Verantwortung für die Finanzierung und die Leistungserbringung somit in derselben staatlichen Hand. Die Bevölkerung hat kostenlosen Zugang zu den staatlich organisierten medizinischen Einrichtungen. Allerdings beteiligen sich die PatientInnen über Selbstbehalte und Konsultationsgebühren in unterschiedlichem Maße an den entstehenden Kosten. Zudem haben Wartelisten und Rationierungen dazu geführt, dass die Bedeutung privater Zusatzversicherungen in einigen Ländern mit nationalem Gesundheitsdienst zugenommen hat.

Heute gibt es in den meisten Industrienationen Gesundheitssysteme, die Aspekte aus beiden Organisationsmodellen übernommen haben. Sie mischen öffentliche und private Finanzierung sowie öffentliche und private Leistungserbringung.

In den **USA** ist die Situation besonders komplex. Hier wird die Krankenversicherung von vielen Menschen als private Angelegenheit der BürgerInnen betrachtet. Es besteht keine Versicherungspflicht. Als Folge hiervon waren 2011 mehr als 300 Millionen EinwohnerInnen in den USA nicht versichert (s. auch eine Abbildung in Kap. 3.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage). Aufgrund einer von Präsident Obama am 23. März 2010 unterschrieben und vom Supreme Court 2012 bestätigten Gesetzesvorlage (*Affordable Care Act*), wurde das Gesundheitswesen der USA in den letzten Jahren reformiert. Ziel war, die Anzahl der nicht versicherten Menschen zu reduzieren. Jede Bürgerin und jeder Bürger wurde verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen, wenn er oder sie nicht anderweitig versichert ist (sog. *Individual Mandate*). Die privaten Krankversicherungen können dabei Versicherungswillige nicht mehr aufgrund von bestehenden Erkrankungen oder Risikofaktoren ausschließen. Früher wurden aus diesen Gründen z.B. mehr als 30 % der 60- bis 64-jährigen AntragstellerInnen abgelehnt. Dank „Obamacare“ sank der Anteil der unversicherten BürgerInnen von 16,0 % im Jahr 2010 auf 9,1 % im Jahr 2015. Obwohl es Präsident Donald J. Trump bisher nicht gelang, sein Wahlversprechen einzulösen und den *Affordable Care Act* aufzuheben, ist die Zukunft von „Obamacare“ ungewiss.

In den *Low-income*-Ländern steht der Aufbau von Gesundheitssystemen mit einer starken *Primary-Health-Care*-Komponente (s. Kap. 10.3) im Vordergrund. Aktuell gibt es in vielen dieser Ländern nur schwach entwickelte staatliche Gesundheitsdienste. Die Versorgung der Bevölkerung geschieht punktuell durch nichtstaatliche Organisationen (z. B. in Missionskrankenhäusern) sowie in ländlichen Gebieten über Gesundheitsstationen, die mit Krankenschwestern oder -pflegern besetzt sind, und über traditionelle HeilerInnen und Hebammen. In den großen Städten mit Krankenhäusern und SpezialärztInnen werden auch private Gesundheitsdienstleistungen angeboten. Im Krankheitsfall sind oft Direktzahlungen für Medikamente, Arztbesuche und medizinische Maßnahmen zu leisten, was viele Menschen davon abhält, diese in Anspruch zu nehmen. Nur ein kleiner Teil der Bevölkerung (z. B. Beamte oder Angehörige des Militärs) ist krankenversichert. In den *Middle-Income*-Ländern sind die staatlichen Gesundheitsdienste oft besser aufgestellt, aber auch hier gibt es noch nicht überall eine flächendeckende, qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung (s. auch Kap. 10.1 und Kap. 10.2).

3.1.3 Kosten und Qualität im internationalen Vergleich

Für die Mitgliedsländer der *Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung* (OECD) werden die Ausgaben der Gesundheitssysteme standardisiert erfasst. Die aktuellen OECD-Daten (2015) zeigen, dass die Gesundheitsausgaben in

den USA – wie schon in früheren Jahren – mit 16,9 % des Bruttoinlandsprodukts an erster Stelle stehen, während die Ausgaben hierfür in Großbritannien, Italien und Spanien weniger als 10 % des Bruttoinlandsprodukts betragen (Abb. 3.1). Laut OECD gaben die US-Amerikaner im Jahr 2015 kaufkraftbereinigt pro Kopf 8.715 \$ für ihr Gesundheitssystem aus, in Spanien waren es 2.897 \$, in Deutschland 4.772 \$, in Österreich 4.451 \$ und in der Schweiz 6.062 \$.

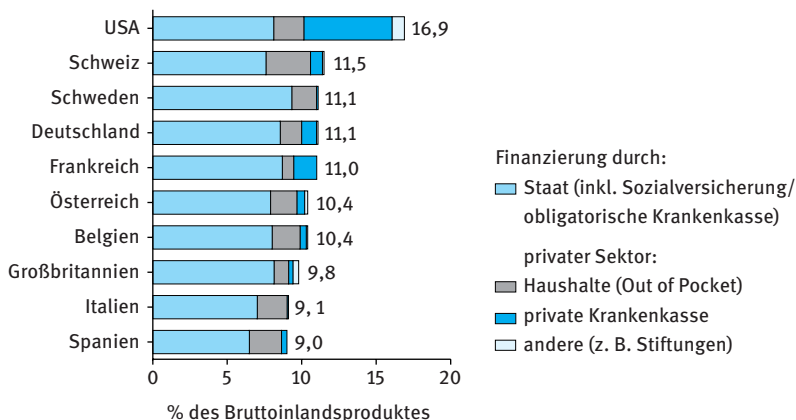


Abb. 3.1: Gesundheitsausgaben in verschiedenen Ländern, gemessen am Bruttoinlandsprodukt und unterschieden nach Finanzierungsträgern (2015)
(Quelle: OECD Health Data. <http://stats.oecd.org/>).

In den meisten OECD-Ländern verursachen staatliche Finanzierungsträger durch direkte Finanzierung von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen sowie über staatliche Versicherungen den größten Teil der Ausgaben. Der Privatsektor umfasst die privaten Krankenkassen und Direktzahlungen der Haushalte (*Out of Pocket Payments*; z. B. zahnärztliche Behandlungen¹⁴). Im Allgemeinen ist die private Finanzierung im Bereich der ambulanten Leistungen von größerer Bedeutung als im stationären Bereich. Dabei spielen z. B. in den USA die privaten Krankenversicherungen eine wichtige Rolle, während in der Schweiz die privaten Haushalte besonders belastet werden.

¹⁴ In der Schweiz werden zahnärztliche Behandlungen nur in Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen.

In der Schweiz, in Österreich und in Deutschland entfallen 80 bis 90 % der Gesundheitsausgaben auf kurative Leistungen, Rehabilitationsleistungen und Medikamente. Die übrigen Gesundheitsausgaben betreffen die Bereiche Langzeitpflege, medizinische Hilfsmittel, Prävention und Verwaltung. Für organisierte öffentliche Gesundheits- und Präventionsprogramme wurden 2014 in Deutschland nur 3,5 %, in Österreich 2,0 % und in der Schweiz 2,2 % der Gesundheitsausgaben aufgewendet.

Wichtige Determinanten der Gesundheitsausgaben sind die Altersstruktur und der Gesundheitszustand einer Bevölkerung, die Prävalenz von Risiko- (z. B. Rauchen) und Schutzfaktoren (z. B. gesunde Ernährung), die verfügbaren Ressourcen (z. B. die Dichte von Fachärzten) sowie das ärztliche Verordnungsverhalten und die Inanspruchnahme von Leistungen durch die PatientInnen. In allen OECD-Ländern hatten die Gesundheitsausgaben vor Beginn der Weltwirtschaftskrise im Jahre 2007 kontinuierlich um durchschnittlich 4,0 % pro Jahr zugenommen. Danach kam es in den von der Krise besonders betroffenen Ländern zu deutlichen Abnahmen in den Pro-Kopf Ausgaben für Gesundheit (z.B. 2009–2013 in Griechenland – 7,2 %, in Irland – 4,2 % und in Portugal – 3,3 %). In Deutschland nahmen die Pro-Kopf Ausgaben zwischen 2009 und 2013 dagegen um 2,0 % zu, in der Schweiz um 2,5 % und in Österreich um 1,0 %.

Im Jahr 2000 nahm die Weltgesundheitsorganisation WHO einen Vergleich der *Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitssysteme* ihrer 191 Mitgliedsländer vor, der als *World Health Report 2000* publiziert wurde. Hierin wurden sechs Kriterien definiert, nach denen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitssysteme beurteilt wurde.

- Gesundheitszustand der Bevölkerung (gemessen als durchschnittliche Anzahl an Lebensjahren bei guter Gesundheit)
- Ausmaß der Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Eingehen auf die Bedürfnisse der Bevölkerung (Patientenorientierung, z. B. freie Arztwahl oder zeitgerechte Behandlung)
- Ausmaß der Ungleichheiten in der Patientenorientierung
- Verteilung der finanziellen Lasten (Finanzierungsgerechtigkeit, gemessen am Verhältnis zwischen dem Hauhalteinkommen und den Ausgaben der Haushalte für Gesundheit)
- Höhe der Ausgaben für Gesundheit

Bei der Gesamtwertung wurden Gesundheitszustand, Patientenorientierung und Finanzierungsgerechtigkeit zu den Ausgaben in Beziehung gesetzt. Einschränkend muss bemerkt werden, dass die Bewertungen der WHO aufgrund mangelnder objektiver Daten oft durch eine Kommission von Expertinnen und Experten vorgenommen wurde. Der WHO-Bericht erregte einiges Aufsehen, nicht zuletzt weil die Gesundheitssysteme einiger Länder schlechter abschnitten als erwartet. Deutschland kam in der Gesamtwertung nur auf Platz 25, die Schweiz landete auf Platz 20, Österreich auf Rang 9 und die USA auf Platz 37. Der erste Rang wurde von Frankreich, der Letzte von

Sierra Leone eingenommen. Es gibt unterschiedliche Gründe für die wenig schmeichelhaften Werte für Deutschland und die Schweiz sowie die relativ gute Bewertung des österreichischen Gesundheitssystems. Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung wurde schlechter beurteilt als in der Schweiz oder Österreich. Darüber hinaus wurde in Deutschland auch mehr Ungleichheit im Gesundheitsniveau der Bevölkerung festgestellt als in der Schweiz oder Österreich. Die Ausgaben waren in Deutschland hoch, die Finanzierungsgerechtigkeit hingegen gut. In der Schweiz waren die Finanzierungsgerechtigkeit aufgrund der einkommensunabhängigen, hohen Belastung der Haushalte schlecht und die Gesundheitskosten hoch. Österreich schnitt bezüglich der Finanzierungsgerechtigkeit gut ab. Hier waren die Ausgaben niedriger als in den beiden anderen Ländern. Leider wurde diese umfassende Studie seit 2000 nie wiederholt, sodass aktuelle Vergleiche fehlen.

Die OECD erfasst auch regelmäßig die *Qualität* der medizinischen Versorgung anhand bestimmter Indikatoren. Bei chronischen Erkrankungen wird die Qualität der medizinischen Versorgung z. B. anhand der Rate der vermeidbaren Hospitalisationen bei chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung oder der Rate der vermeidbaren Amputationen der unteren Extremitäten bei Diabetes mellitus erfasst. Beobachtet werden auch die Versorgung bei akuten Erkrankungen (z. B. anhand der 30-Tage-Letalitätsrate nach einem akuten Herzinfarkt, s. a. Kap. 2.1.2), bei psychischen Erkrankungen (z. B. anhand der Rate der nicht geplanten Rehospitalisierungen bei PatientInnen mit Schizophrenie), bei Krebserkrankungen (z. B. anhand der Teilnahme an Screeningprogrammen für Gebärmutterhals- und Brustkrebs oder der Sterberaten bei häufigen Krebsarten) und bei Infektionskrankheiten (z. B. anhand der Durchimpfungsraten bei Kindern). Weder die Schweiz noch Österreich oder Deutschland belegen bei den OECD-Indikatoren Spitzenplätze. Eine Abbildung in Kap. 3.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage zeigt beispielhaft die Situation für den Indikator „Letalität innerhalb von 30 Tagen nach akutem Herzinfarkt“ in verschiedenen OECD-Ländern. Die Schweiz lag 2013 mit 7,7 % leicht und Deutschland (8,7 %) und Österreich (10,0 %) deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 7,5 %.

3.2 Die Gesundheitssysteme im deutschsprachigen Raum

3.2.1 Das schweizerische Gesundheitssystem

Matthias Egger

Ein Kernmerkmal des schweizerischen Gesundheitssystems ist seine föderalistische Struktur mit den drei Ebenen *Bund*, *Kantone* und *Gemeinden*. Die Verantwortlichkeit für die Gesundheitsversorgung liegt dabei primär bei den Kantonen. Diese Situation – ein kleinräumiges Land mit 26 kantonalen Gesundheitssystemen und hoher Gemeindeautonomie – führt in vielen Bereichen zu einer Zersplitterung und zu Überschneidungen. Bundesrätin Ruth Dreifuss bezeichnete 2001 die „Zersplitterung auf

den verschiedensten Ebenen“ als das „Hauptmerkmal“ des schweizerischen Gesundheitssystems. Die Schweiz tut sich daher schwer mit einer nationalen *Gesundheitspolitik*, so z. B. bei der Schaffung von Schwerpunkten im Bereich der Transplantationsmedizin und der so genannten Spitzenmedizin.

Im Jahr 1996 wurde die *obligatorische Krankenpflegeversicherung* (OKP, Tab. 3.2) eingeführt. Es handelt sich um eine Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung. Die Versicherten können dabei zwischen 53 privaten Versicherern wählen (Stand 2017). Wie in den Niederlanden erfolgt die Finanzierung über einkommensunabhängige *Kopfprämien*. Die Leistungen werden, ähnlich wie in den Ländern mit Sozialversicherungssystemen (z. B. in Deutschland), durch öffentliche und private Anbieter erbracht. Derzeit sind verschiedene Reformen des Schweizer Gesundheitssystems im Gang. Stichworte sind zum Beispiel der Risikoausgleich zwischen den Versicherern, die Medikamentenpreise, eHealth sowie die Zulassungssteuerung und Tarife der SpezialärztInnen.

Rolle und Funktion des Staates

Die **Kantone** verfügen über weitgehende Rechte und Pflichten im Gesundheitsbereich. Sie können die Bundesbestimmungen durch kantonale Ausführungsgesetze ergänzen und sind im Vollzug der gesetzlichen Vorgaben autonom. Zu ihren vielfältigen Aufgaben gehören die Sicherstellung der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung (Sicherstellungsauftrag), die Finanzierung oder Subventionierung von Einrichtungen, die Verbilligung der Prämien der OKP, die Ausbildung und Zulassung in den Gesundheitsberufen, die Prävention und Gesundheitsförderung, die Lebensmittelkontrolle, die Giftkontrolle und der Umweltschutz (Tab. 3.1). Das politische Koordinationsorgan der kantonalen Gesundheitsdirektionen ist die *Konferenz der kantonalen GesundheitsdirektorInnen* (GDK). Sie fördert die Zusammenarbeit unter den Kantonen sowie zwischen den Kantonen und dem Bund oder anderen wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens. Die von den **Gemeinden** übernommenen Aufgaben variieren je nach Gemeindegröße und werden oft im Verbund mit Nachbargemeinden wahrgenommen. Die Gemeinden beteiligen sich an der Gesundheitsversorgung durch den Betrieb von Pflegeheimen, die Organisation der spitalexternen Pflege zu Hause (*Spitex*) und den koordinierten Sanitäts- und Rettungsdienst.

Tab. 3.1: Ausgewählte Merkmale der schweizerischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

Versicherungspflicht

- Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innerhalb von 3 Monaten bei einem Versicherer ihrer Wahl versichern.
- ArbeitnehmerInnen können auf die Unfalldeckung verzichten, wenn sie am Arbeitsplatz gegen Unfall versichert sind.

Auflagen an Versicherer

- Die Versicherer nehmen alle Versicherungswilligen in die OKP und die freiwillige Taggeldversicherung auf. Ein Gewinn ist nicht gestattet.
- Sie beteiligen sich am Risikoausgleich zwischen den Versicherern. Dieser beruht auf Alter und Geschlecht der Versicherten, einem Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr und den Medikamentenkosten im Vorjahr (ab 2017).
- Sie können innerhalb der OKP Prämienrabatte aufgrund höherer Franchisen (bis max. 2.500 CHF, s. Fußnote 13) oder eingeschränkter Wahlmöglichkeiten (HMO oder Hausarztmodelle, s. dazu eine Box in Kap. 3.2.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage) anbieten.
- Sie können freiwillige Zusatzversicherungen mit Gewinnerorientierung anbieten, wobei Versicherungswillige abgelehnt oder Vorbehalte angebracht werden dürfen.
- Sie sind verpflichtet, Maßnahmen zu unterstützen, die der Krankheitsverhütung dienen. Zu diesem Zweck betreiben sie gemeinsam mit den Kantonen die Institution ‚Gesundheitsförderung Schweiz‘.

Prämien

- Die Versicherer legen die Höhe der Prämien fest. Diese müssen dann vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigt werden. Für Kinder (bis 18 Jahre) muss der Versicherer eine niedrigere Prämie ansetzen. Er kann die Prämien kantonal oder regional nach den Kostenunterschieden abstufen. Innerhalb der drei Altersgruppen (Kinder, junge Erwachsene bis 25 Jahre, Erwachsene) sind die Prämien risiko- und einkommensunabhängig.
- Die Höhe der Prämien unterscheidet sich zwischen den Kantonen z.T. erheblich: Die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene beträgt 2017 im Kanton Basel-Stadt 567 CHF monatlich (inkl. Unfallversicherung), im Kanton Appenzell Innerrhoden dagegen nur 347 CHF.
- Prämienverbilligungen für wirtschaftlich Schwächere (das sind etwa 30 % der Versicherten) werden durch Bund und Kantone finanziert.

Identischer Katalog von Leistungen

- Leistungen, die der Diagnosestellung oder der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen:
 - Untersuchungen und Behandlungen durch ÄrztInnen, ChiropraktorInnen oder Personen, die auf ärztliche Anordnung tätig werden
 - Pflegeleistungen zu Hause, im Spital und im Pflegeheim. Aufenthalt im Spital und im Geburtshaus
 - Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände aufgrund der Spezialitätenliste (SL), der Analysen Liste (AL) und der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGEL).
- Präventive Maßnahmen, z.B. Impfungen, acht Untersuchungen im Vorschulalter, bei Frauen ein Cervix-Abstrich alle drei Jahre, Mammografie im Rahmen von Screening-Programmen.
- Zahnärztliche Leistungen werden nur in Ausnahmefällen übernommen.

Bedingungen für Kostenübernahme

- Die Leistungen sind Pflichtleistungen der OKP und werden durch zugelassene Leistungserbringer erbracht.

Tab. 3.1: (fortgesetzt)

- Die Maßnahmen sind wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich.
- Sie erfolgen auf ärztliche Verordnung und mit detaillierter Rechnungsstellung nach dem betreffenden Tarif (z. B. TARMED¹⁵).

Kostenbeteiligung

- Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten in Form einer Franchise¹⁶ und eines Selbstbehalts.
- Die Franchise beträgt für Erwachsene mindestens 300 CHF pro Kalenderjahr. Sie kann gegen einen Prämienrabatt bis zu max. 2.500 CHF erhöht werden. Für Kinder wird keine Franchise erhoben.
- Der Selbstbehalt beträgt 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten bis zu einem Maximalbetrag von jährlich 700 CHF (Erwachsene) oder 350 CHF (Kinder).

Wichtige Aufgaben des **Bundes** sind die Überwachung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, die Aufsicht über die im Gesundheitswesen aktiven Versicherungen, die Überwachung der Arzneimittel und Medizinalprodukte sowie Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus übernimmt der Bund Aufgaben in den Bereichen Bildung, Forschungsförderung und Statistik. Für die meisten dieser Belange ist das *Bundesamt für Gesundheit* (BAG) zuständig. Die Verantwortung für die Zulassung und Kontrolle von Medikamenten (inkl. Impfstoffen und Blutprodukten) liegt beim Heilmittelinstitut *Swissmedic*. Das *Bundesamt für Statistik* (BFS) erhebt Daten zum Gesundheitszustand und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und erstellt daraus Statistiken. Es ist darüber hinaus für die alle fünf Jahre stattfindende, repräsentative *Schweizerische Gesundheitsbefragung* verantwortlich und führt in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern und dem Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich auch eine nationale Kohortenstudie (*Swiss National Cohort*) durch. Das *Gesundheitsobservatorium* (obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen, die Gesundheitsdaten nutzerfreundlich aufbereitet und analysiert.

Aufgabe der Stiftung *Gesundheitsförderung Schweiz* ist es, Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Prävention anzuregen und diese dann zu koordinieren und zu evaluieren. Sie wird durch einen Zuschlag von derzeit 3,60 CHF pro Jahr (ab 2018 neu 4,80 CHF) auf die Prämie jedes/r Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanziert. Ihre derzeitigen Schwerpunkte liegen in den Bereichen „Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen“, „Psychische Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“. Auch die *Schweizerische Unfallversicherungsanstalt* (SUVA), die rund 1,98 Mio. Berufstätige gegen Berufsunfälle,

¹⁵ TARMED: Einzelleistungstarif, nach dem ÄrztInnen in der Schweiz ihren PatientInnen in der Arztpraxis und im ambulanten Spitalbereich Rechnungen erstellen.

¹⁶ Wenn man in der Schweiz Leistungen aus der Krankenkasse bezieht, fällt eine Kostenbeteiligung an, die man als *Franchise* bezeichnet.

Berufskrankheiten und außerberufliche Unfälle versichert, arbeitet in ihrem Gebiet präventiv. Zudem engagiert sich das *Bundesamt für Sport* (BASPO) in den Bereichen Gesundheitsförderung und Dopingprävention. Projekte in der Gesundheits- und Versorgungsforschung werden vom *Schweizerischen Nationalfonds* (SNF) gefördert, einer vom Bund finanzierten Stiftung zur Förderung der Forschung in allen wissenschaftlichen Disziplinen mit einem Budget von ca. 950 Mio. CHF (2016).

Wichtige **gesetzliche Grundlagen** im Bereich Gesundheitsschutz und Überwachung sind auf Bundesebene

- das *Epidemiengesetz* (s. Kap. 9.2.2)
- das *Lebensmittelgesetz* (LMG)
- das *Umweltschutzgesetz* (USG, vgl. Kap. 6.4)
- die *Lärmschutz-Verordnung* (LSV, s. Kap. 6.6.5)
- die *Strahlenschutzverordnung* (s. Kap. 6.5.2)
- das *Arbeitsgesetz* (ArG, s. Kap. 7.5.1)

Der Versicherungsbereich wird u. a. durch das *Krankenversicherungsgesetz* (KVG; zuständig für die OKP und die freiwillige Taggeldversicherung, s. Tab. 3.2) und das *Unfallversicherungsgesetz* (UVG, s. auch Kap. 6.1.2) geregelt. Allerdings ist das KVG mehr als nur ein Versicherungsgesetz. Es wird immer mehr zum eigentlichen Schweizer Gesundheitsgesetz. Das *Medizinalberufegesetz* legt die erforderlichen Kompetenzen der im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte in Form von Aus- und Weiterbildungszielen fest. Der schweizweit geltende Lernzielkatalog für das Medizinstudium beruht auf den in diesem Gesetz formulierten Zielen. Ein *Gesundheitsberufegesetz* soll die Ausbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung erstmals national einheitlich regeln. Das Datum der Inkraftsetzung ist noch offen. Die Abgabe und Zulassung von Medikamenten und Medizinprodukten regelt das *Heilmittelgesetz* (HMG). Das *Humanforschungsgesetz* (HFG), in dem einheitliche ethische und rechtliche Rahmenbedingungen für die Forschung am Menschen festgelegt werden, trat am 1.1.2014 in Kraft. Unter den Internet-Ressourcen finden Sie die Links zu den aktuell gültigen Gesetzestexten.

Tab. 3.2: Auswahl von wichtigen Aufgaben und Kompetenzen von Bund, Kantonen und Gemeinden im schweizerischen Gesundheitssystem.

Bund	Kantone
<i>Sozial- und Privatversicherungen</i>	<i>Gesundheitsversorgung</i>
– Obligatorische Krankenversicherung, Mutterschafts-, Unfall-, Invaliden-, und Militärversicherung	– Sicherstellungsauftrag
– Freiwillige Taggeldversicherung	– Leistungsaufträge an öffentliche und private Krankenhäuser und Pflegeheime (Spital- und Pflegeheimlisten)
– Freiwillige Zusatzversicherungen	
<i>Gesundheitsschutz und Überwachung</i>	
– Übertragbare Krankheiten	
– Betäubungsmittel, Chemikalien, Giftstoffe	
– Lebensmittel	

Tab. 3.2: (fortgesetzt)

Bund	Kantone
<ul style="list-style-type: none"> – Radioaktive Strahlung – Forschung am Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> – Regelung der Restfinanzierung von Pflichtleistungen bei Pflegeheimen und Spitex-Organisationen
<i>Medikamente, Impfstoffe, Blutprodukte</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Schulärztliche und sozialpsychiatrische Dienste
<ul style="list-style-type: none"> – Zulassung und Kontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> – Notfall-, Rettungs-, und Katastrophendienste
<i>Bildung und Forschung</i>	<i>Bildung und Aufsicht</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Prüfungen in den universitären Medizinalfächern, Diplomanerkennung – Aus- und Weiterbildung der nicht universitären Gesundheitsberufe – Förderung und Koordination der Forschung 	<ul style="list-style-type: none"> – Medizinische Fakultäten der Universitäten, höhere Fachschulen, Fachhochschulen – Berufszulassungen und Praxisbewilligungen für ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, Hebammen
<i>Prävention und Gesundheitsförderung</i>	<i>Finanzierung</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Suchtbekämpfung (z.B. Tabak, Alkohol, Drogen) – Migration und Gesundheit – Psychische Gesundheit – Gender Health 	<ul style="list-style-type: none"> – Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler – Mitfinanzierung der Pauschalen im Spital – Prämienverbilligung für wirtschaftlich schwächere Versicherte – Sozialhilfe
<i>Alkohol und Tabak</i>	<i>Gesundheitsschutz</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Kontrolle von Herstellung, Einfuhr und Verkauf von Alkohol – Steuern auf Alkohol und Tabak 	<ul style="list-style-type: none"> – Umsetzung von Bundesrecht: Lebensmittel- und Giftkontrolle, Strahlenschutz, Arbeitssicherheit etc.
<i>Arbeitssicherheit</i>	<i>Prävention und Gesundheitsförderung</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten – Sicherheit von Einrichtungen und Geräten 	<ul style="list-style-type: none"> – Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ (mit Krankenversicherern)
<i>Statistik</i>	Gemeinden
<ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsstatistiken – Gesundheitsobservatorium Obsan (mit Kantonen) 	Gesundheitsversorgung und Sozialwesen
<i>Fortpflanzungs- und Transplantationsmedizin, Gentechnologie</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Pflege- und Altersheime, Spitex, Gemeindepsychiatrie, schulmedizinische Dienste, Sozialhilfe etc., oft gemeinsam mit anderen Gemeinden oder delegiert an private Vereine
<i>Patientenrechte, Persönlichkeitsschutz, Datenschutz</i>	<i>Finanzierung</i>
<i>Nationale Gesundheitspolitik Schweiz</i> (mit Gesundheitsdirektorenkonferenz SGK)	<ul style="list-style-type: none"> – Restfinanzierung bei Pflegeheimen und Spitex (ungedekte Kosten OKP)
	<i>Prävention und Gesundheitsförderung</i>
	<ul style="list-style-type: none"> – mit Bund und Kantonen

(Quelle: modifiziert nach G. Kocher, W. Oggier. Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Verlag Hans Huber, Bern, 2010).

Organisation der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Ambulante ärztliche Versorgung: In der Schweiz erfolgt die ambulante ärztliche Versorgung vorwiegend durch niedergelassene ÄrztInnen und ZahnärztInnen in privaten Praxen. In den letzten Jahren ist ein Trend von der Einzel- zur Gruppenpraxis zu beobachten. Im Jahr 2016 waren laut der Statistik des Berufsverbandes der Schweizer Ärzteschaft FMH 18.473 ÄrztInnen hauptberuflich im ambulanten Sektor tätig (51 % aller ÄrztInnen). Bemerkenswert ist, dass etwa 60 % dieser ÄrztInnen Spezialisten oder Spezialistinnen sind. Dazu kommen über 4.000 Zahnärzte und Zahnärztinnen. Die Ärztedichte liegt insgesamt bei 4,2 pro 1.000 EinwohnerInnen und damit über dem OECD-Durchschnitt (3,3 Ärzte pro 1.000 EinwohnerInnen). Im ambulanten Sektor kommen 0,95 GeneralistInnen und 1,22 SpezialistInnen auf 1.000 EinwohnerInnen. Der hohe Ausländeranteil unter den ÄrztInnen (32,9 %) verdeutlicht, wie wichtig die Zuwanderung für die medizinische Versorgung in der Schweiz ist.

Die Krankenkassen der OKP sind verpflichtet, die Leistungen jedes niedergelassenen Arztes oder anderen zugelassenen Leistungserbringers zu vergüten. Dieser Vertrags- oder *Kontrahierungszwang* und die damit verbundene uneingeschränkte *freie Arztwahl* ist eine viel diskutierte Besonderheit des Schweizer Gesundheitssystems. Gleichzeitig können die Kantone bei Bedarf die Zulassung neuer Arztpraxen einschränken (s. dazu eine Box in Kap. 3.2.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage). Zahnärztliche Behandlungen werden von der OKP nur in Ausnahmefällen übernommen, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung bedingt sind.

Arzneimittelversorgung: Die Versorgung mit Arzneimitteln erfolgt in der Schweiz überwiegend durch etwa 1.764 öffentliche Apotheken (Stand 2015), die privatwirtschaftlich betrieben werden. In den letzten Jahren haben Versandapotheken an Bedeutung gewonnen. Konkurrenz entsteht den Apotheken durch die mehr als 5.800 selbstdispensierenden (SD) ÄrztInnen¹⁷ mit eigener Praxisapothek (Stand 2014), wobei der Medikamentenverkauf durch SD-ÄrztInnen je nach Kanton anders geregelt ist.

Für die Zulassung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Blutprodukten ist seit 2001 das Schweizerische Heilmittelinstitut *Swissmedic* verantwortlich. Die Abgabe dieser Substanzen an PatientInnen wird anhand von fünf Kategorien (A–E) unterschiedlich streng reglementiert:

- A: Einmalige Abgabe auf ärztliche Verschreibung (z. B. Opiate)
- B: Mehrmalige Abgabe auf ärztliche Verschreibung (z. B. Betablocker)
- C: Abgabe in Apotheken mit Beratung (z. B. Paracetamol)
- D: Abgabe in Apotheken oder Drogerien mit Beratung
- E: Abgabe ohne Beratung

¹⁷ Unter *Selbstdispensation* versteht man in der Schweiz die Abgabe von Arzneimitteln durch ÄrztInnen.

Die Liste der zugelassenen Präparate enthielt 2015 insgesamt 8.312 Human- und Tierarzneimittel. Diese Zulassung ist Voraussetzung für die Aufnahme der Präparate in die Spezialitätenliste (SL) des Bundesamts für Gesundheit. Die Kosten der hier eingetragenen Präparate müssen von der OKP dann vergütet werden (*Positivliste*), wenn sie ärztlich verordnet wurden, unabhängig davon, ob es sich um ein verschreibungspflichtiges Medikament handelt oder nicht (Tab. 3.3). In der SL waren 2015 knapp 3.000 Präparate in ca. 9.600 Packungen gelistet.

Die *Leistungsorientierte Abgeltung* (LOA) regelt die Abgeltung von Leistungen der zugelassenen Apotheker an die Versicherten. Sie basiert auf Verträgen der Krankenkversicherer und dem Schweizerischen Apothekerverband. Sie ermöglicht es, das Einkommen der Apotheke vom Produktpreis zu entkoppeln und schafft damit Anreize, Originalpräparate durch Generika zu ersetzen und PatientInnen besser zu beraten.

Krankenhausversorgung: Die stationäre Krankenversorgung wird durch öffentlich-rechtliche Krankenhäuser (Spitäler) und privatrechtliche Institutionen gewährleistet. Privatrechtliche Spitäler können von den Kantonen subventioniert werden, wenn sie über eine Notfallstation verfügen und einen Teil ihrer Mittel für Lehre und Forschung einsetzen.

Laut Krankenhausstatistik des BFS gab es im Jahr 2015 in der Schweiz 288 Spitäler (ca. ein Viertel sind Privatspitäler), während 1997 noch über 400 Betriebe gezählt wurden. Die Anzahl der dort Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) betrug insgesamt 157.664 Personen. Hiervon entfielen 42 % auf das Pflegepersonal, 13 % auf anderes medizinisches Personal und 14 % auf ÄrztInnen.

Eine Tabelle in Kap. 3.2.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage zeigt eine Klassifikation der Schweizer Spitäler (Stand: 2011). Zur Zentrumsversorgung zählen neben den fünf Universitätsspitäler (Versorgungsniveau 1) noch 25 andere große Betriebe (in der Regel Kantonsspitäler; Versorgungsniveau 2). Die allgemeinen Krankenhäuser der Grundversorgung werden entsprechend der Zahl der dort versorgten PatientInnen in drei Versorgungsstufen gegliedert (Versorgungsniveau 3, 4 und 5). Zu den Spezialkliniken gehören u. a. Rehabilitationskliniken und psychiatrische Kliniken. Privatspitäler sind v. a. kleinere Allgemeinspitäler, chirurgische und psychiatrische Kliniken sowie Rehabilitationskliniken.

Ambulante und stationäre Pflege: Die spitalexterne Pflege (*Spitex*) ist ein wichtiger Teil des schweizerischen Gesundheitssystems. Ein Drittel der 1.756 Spitex-Organisationen sind gemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Organisationen. Sie kümmern sich um ca. 80 % der SpitexklientInnen. Im Jahr 2015 betreuten nach Angaben der Spitex-Statistik des BFS knapp 20.000 Beschäftigte (in Vollzeitäquivalenten) ca. 310.000 KlientInnen. Dies entspricht etwa 3,7 % der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz. Etwa zwei Drittel der 20 Mio. Stunden, die für Pflege und Betreuung aufgewendet wurden, entfielen auf pflegerische Leistungen, ein Drittel auf den hauswirtschaftlichen Bereich. Die Hälfte der Spitex-KlientInnen war 80 Jahre alt oder älter.

Im Bereich der stationären Langzeitpflege gab es 2015 etwa 1.577 Alters- und Pflegeheime, die zu 42 % privat und zu 28 % von der öffentlichen Hand betrieben wurden. Die übrigen 30 % der Institutionen waren privat organisiert, erhielten jedoch Subventionen. In den schweizerischen Pflegeheimen wurden 2015 insgesamt 96.500 Langzeitplätze angeboten. Somit standen für 26 % der über 80-jährigen Menschen Pflegeheimplätze zur Verfügung. Im Jahr 2015 arbeiteten in den Pflegeheimen 90.500 Beschäftigte (Vollzeitäquivalente).

Selbsthilfegruppen, Gesundheitsligen und das Rote Kreuz: *Selbsthilfegruppen* sind Zusammenschlüsse von Betroffenen mit dem Ziel der Krankheits- und Problembewältigung und der gegenseitigen Unterstützung. In der Schweiz sind mehrere tausend Selbsthilfegruppen aktiv. Sie werden von der Dachorganisation „Selbsthilfe Schweiz“ unterstützt. *Gesundheitsligen* vertreten die Interessen von Menschen mit chronischen Krankheiten, beraten und unterstützen Betroffene und engagieren sich in Prävention und Forschung. Beispiele hierfür sind die Krebs-, Lungen- und Rheumaligen, die Aids-Hilfe Schweiz und die Schweizerische Gesellschaft für Cystische Fibrose. Dachverband der Gesundheitsligen ist die Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO). Zu den wichtigsten Aufgaben des *Schweizerischen Roten Kreuzes* (SRK), der nationalen Rotkreuzgesellschaft, gehören das Rettungs- und Sanitätswesen, der Blutspendedienst und die Förderung der Krankenpflege. Das SRK überprüft darüber hinaus die Bildungsgänge der nicht-universitären Gesundheitsberufe und registriert die Diplome. Unter dem Dach des SRKs befinden sich fünf Rettungsorganisationen (u. a. die Schweizerische Rettungsflugwacht REGA), der Blutspendedienst SRK mit 13 regionalen Diensten, die Humanitäre Stiftung SRK, 24 Kantonalverbände und die Geschäftsstelle. Finanziell unterstützt wird das Schweizerische Rote Kreuz vom Bund, den Kantonen und Gemeinden sowie von Mitgliedern und Gönnern.

Vergütungs- und Tarifsysteme

Bei der Vergütung der Leistungen gilt gemäß KVG grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip: Der Patient bezahlt die Rechnung, die Versicherung vergütet die Kosten (*Tiers garant*¹⁸). Die Tarifpartner sind jedoch frei, das Sachleistungsprinzip zu vereinbaren. In diesem Fall bezahlt die Versicherung die Rechnung direkt (*Tiers payant*¹⁹). Im ambulanten Bereich ist der *Tiers garant* vorherrschend, im stationären Bereich der *Tiers payant*.

¹⁸ *Tiers garant* (fr.): Ein Dritter (= die Versicherung) bürgt.

¹⁹ *Tiers payant* (fr.): Ein Dritter (= die Versicherung) zahlt.

Ambulante ärztliche Leistungen in der Praxis und im Spital werden nach dem im Jahr 2004 eingeführten „TARMED“-Einzelleistungstarif vergütet, der etwa 4.600 Positionen ärztlicher und arztnaher Leistungen umfasst. Je nach Aufwand, Schwierigkeitsgrad und notwendigen Ressourcen wird jeder Leistung eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet. In den Kantonen gelten unterschiedliche Taxpunktwerte (Kostengewichte). Sie werden jedes Jahr mit den Versicherungen neu ausgehandelt. Da es sich bei diesem Tarifsysteem um ein „Fee for Service“-System handelt, birgt es den Nachteil der möglichen Mengenausweitung durch angebotsinduzierte Nachfrage. Für den Unterhalt und die Weiterentwicklung der Tarifstruktur ist die *TARMED Suisse* verantwortlich, eine von den Leistungserbringern (Ärzteschaft und Spitäler) und den Kostenträgern (Versicherungen) getragene Gesellschaft.

Kassenpflichtige Medikamente werden auf der Basis der *Spezialitätenliste* (SL) vergütet, Hilfsmittel und andere Gegenstände aufgrund der *Liste der Mittel und Gegenstände* (MiGEL), Laboranalysen im Rahmen der OKP aufgrund der *Analysen-Liste* (AL).

Die Einführung eines neuen Spitalfinanzierungs-Systems hat zur Folge, dass *akutstationäre Krankenhausleistungen* seit dem 1. Januar 2012 auf der Basis von Fallpauschalen (**SwissDRG**) vergütet werden. Hierzu gründeten Leistungserbringer, Versicherer und Kantone eine gemeinnützige Institution, die SwissDRG AG. Nach dem neuen Schweizer Fallpauschalen-System wird nun jeder Spitalaufenthalt anhand von Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad einer von mehr als 1.000 Fallgruppen mit ähnlichen Behandlungskosten zugeordnet und pauschal vergütet.

Das Spital erhält diesen Betrag unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten. Dieses neue Tarifsysteem soll die Transparenz und Vergleichbarkeit in der Spitalfinanzierung erhöhen und Leistungsanreize für die Spitäler setzen. Die bisherige Vergütung nach Tagespauschalen führte dazu, dass aufwändige Fälle zu niedrig und unproblematische Fälle eher zu hoch vergütet wurden. Um im neuen System zu verhindern, dass PatientInnen zu früh entlassen werden, müssen Spitäler einen Abschlag in Kauf nehmen, wenn diese kürzer als für ihre Erkrankung üblich im Spital verbleiben. Die Spitäler erhalten darüber hinaus keine zusätzliche Fallpauschale, wenn ein Patient innerhalb einer bestimmten Frist wegen der gleichen Erkrankung oder einer Komplikation wieder aufgenommen werden muss.

In Verzug ist derzeit die Einführung national einheitlicher Tarifstrukturen in der Psychiatrie. Hier soll eine neue Tarifstruktur auf Basis von Tagespauschalen voraussichtlich 2018 eingeführt werden. Die neue Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation soll 2020 folgen.

Mit dem neuen System der Spitalfinanzierung wurde auch die Aufteilung der Kosten zwischen Kantonen und Krankenversicherungen neu geregelt. Zudem sind die Investitionskosten mit den Pauschalen abzugelten. Die Kantone übernehmen mindestens 55 % der Kosten, die Krankenversicherungen maximal 45 %.

Voraussetzung für die Vergütung von Leistungen im *Pflegesektor* (Spitex und Pflegeheime) ist, dass es sich um Pflichtleistungen gemäß der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) handelt und dass eine ärztliche Anordnung vorliegt. Pflichtleistungen der Pflege gemäß der KLV sind Abklärungen und Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen sowie die Grundpflege. Seit dem Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung am 01. 01. 2011 übernimmt die OKP einen Beitrag an den Pflegekosten von Spitex und Pflegeheimen. Die PatientInnen haben nun ebenfalls zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt einen Beitrag zu den Kosten der Pflege-Pflichtleistungen zu bezahlen. Dieser Beitrag ist limitiert auf max. 15,95 CHF pro Tag bei Spitex-Leistungen und max. 21,60 CHF pro Tag bei Pflegeleistungen in Pflegeheimen. Der Kanton kann die maximalen Patientenbeiträge reduzieren. Mit der neuen Pflegefinanzierung wird der Kanton verpflichtet, die Finanzierung der nicht durch Beiträge von OKP und PatientInnen gedeckten Restkosten zu regeln. In den meisten Kantonen finanzieren die Gemeinden die Restkosten.

Spitex-Leistungen vergütet die OKP auf der Basis von drei Beitragsstufen. Für die Grundpflege sind dies 54,60 CHF pro Stunde, für Untersuchungen und Behandlungen 65,40 CHF pro Stunde und für Abklärungen und Beratungen 79,80 CHF pro Stunde. Hauswirtschaftliche Leistungen und Betreuungsleistungen sind keine Pflichtleistungen der OKP und werden den PatientInnen in Rechnung gestellt. Pflegeheimleistungen bezahlt die OKP auf Basis von 12 Beitragsstufen (zwischen 9 CHF und 108 CHF pro Tag), die sich am Pflegebedarf und den erbrachten Leistungen orientieren. Grundlage sind auch hier die Pflichtleistungen gemäß der KLV. Nicht von der OKP übernommen werden Kosten für Betreuung, Verpflegung und Unterkunft. Dadurch können für die BewohnerInnen Belastungen in Höhe von mehreren tausend CHF pro Monat entstehen.

Bei der Übernahme der Langzeitpflege-Kosten spielen neben der OKP noch weitere Sozialversicherungen eine Rolle. Pflegebedürftige Personen können Hilfenentschädigungen erhalten. Sofern nicht genügend Mittel zur Deckung der Kosten vorhanden sind, können zudem Ergänzungsleistungen zu AHV/IV beantragt werden.

Finanzierung, Ausgaben und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Die Gesamtausgaben für das schweizerische Gesundheitssystem lagen im Jahr 2014 bei ca. 71,3 Mrd. CHF. Dies entspricht 8.657 CHF pro Einwohner. Im Vergleich zu 1995 (35,7 Mrd. CHF) sind die Gesundheitsausgaben damit um fast 100 % angestiegen. Ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) stieg im gleichen Zeitraum von 9,6 % auf 11,1 %. In Tab. 3.4 werden die Kosten nach Leistungserbringern und Finanzierung aufgeschlüsselt. Direktzahlende sind die finanzierenden Wirtschaftseinheiten, denen die direkte Bezahlung der Leistungen obliegt.

Tab. 3.3: Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens, gegliedert nach Leistungserbringern, Art der Leistungen und Finanzierung (2014).

Indikatoren der Gesundheitskosten		
Kosten des Gesundheitswesens in % des BIP	11,1	
Gesundheitsausgaben pro Einwohner in CHF	8.657,0	
Kosten des Gesundheitswesens in Mrd. CHF	71,3	
Kosten wichtiger Leistungserbringer	Mrd. CHF	%
Krankenhäuser	25,9	36,3 %
Ambulante Versorger ^a	23,0	32,2 %
Pflegeheime und andere sozialmedizinische Institutionen ^b	12,3	17,3 %
Apotheken, Drogerien	5,3	7,4 %
Kosten wichtiger Leistungen		
Stationäre Behandlung	31,9	44,7 %
Ambulante Behandlung	24,9	34,9 %
Medikamente und Gesundheitsgüter	7,4	10,4 %
Prävention	1,6	2,2 %
Finanzierungsregimes (= Wer die Kosten zahlt)		
OKP und andere Sozialversicherungen	30,5	42,8 %
Private Haushalte ^b	17,5	24,5 %
Staat	14,2	19,9 %
Privatversicherungen	5,2	7,2 %
Bedarfsabhängige Sozialleistungen und andere	3,2	4,4 %
Finanzierung nach Quellen (= Wer die Kosten finanziert)		
Staat	22,9	32,1 %
Private Haushalte ^c	44,0	61,7 %
Unternehmen	4,4	6,2 %

BIP = Bruttoinlandsprodukt; OKP= obligatorische Krankenpflegeversicherung

^a ÄrztInnen, ZahnärztInnen, Spitex u.a.

^b Out of Pocket und Kostenbeteiligung OKP (Franchisen und Selbstbehalt)

^c Out of Pocket, OKP, andere Sozialversicherungen, Kostenbeteiligungen, Privatversicherungen

Quelle: Bundesamt für Statistik. Finanzierung der Gesundheitsleistungen für die Wohnbevölkerung. Kosten des Gesundheitswesens 2014 (Stand: Oktober 2016).

Gut die Hälfte der Kosten entfallen auf Krankenhäuser, Pflegeheime und andere sozialmedizinische Institutionen. Die ambulanten Versorger (ÄrztInnen, ZahnärztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, Spitexdienste, Laboratorien etc.) sind für einen Drittel der Kosten verantwortlich. Die größte Gruppe innerhalb dieses Sektors sind die ÄrztInnen. Der Einzelhandel (Schweiz: Detailhandel) mit Arzneimitteln und therapeutischen Apparaten hat einen Anteil von 7,4 % an den Kosten des Gesundheitswesens. Finanziert werden 43 % der Kosten durch die OKP und die Sozi-

alversicherungen (Unfallversicherung UVG, AHV/IV²⁰ und Militärversicherung). Die direkten Zahlungen der privaten Haushalte belaufen sich auf etwa einen Viertel der Kosten. Zum größten Teil sind es *Out of Pocket*-Zahlungen für Leistungen, die nicht von den Versicherungen abgedeckt werden.

Die vom schweizerischen Gesundheitssystem angebotenen Leistungen werden in Abhängigkeit von Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund und Sprachregion unterschiedlich in Anspruch genommen. Frauen tendieren stärker zu präventiven und komplementärmedizinischen Maßnahmen als Männer. Notfallkonsultationen sind dagegen bei Männern häufiger als bei Frauen. Personen mit hohem Bildungsstatus nehmen öfter Leistungen von FachärztInnen in Anspruch, während Spitalaufenthalte häufiger bei weniger gebildeten Personen vorkommen. Ärztliche Konsultationen sind in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz häufiger als in der Deutschschweiz. Bei Personen mit Migrationshintergrund kommt es öfter zu Konsultationen, Spitalaufenthalten und Notfallkonsultationen als bei Schweizern. Schließlich ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Ballungszentren höher als in ländlichen Gebieten.

3.2.2 Das österreichische Gesundheitssystem

Thomas E. Dorner

Österreich hat etwa 8,7 Mio. Einwohner (2016) und besteht aus neun Bundesländern. Diese föderalistische politische Struktur hat einen starken Einfluss auf das österreichische Gesundheitssystem. Geprägt wird das Gesundheitssystem durch die Sozialversicherung, die aus den Teilbereichen Krankenversicherung, Pensionsversicherung und Unfallversicherung besteht. Die Sozialversicherungen sind einerseits nach Bundesländern und andererseits nach Berufsgruppen organisiert. Von besonderer Bedeutung ist die soziale Krankenversicherung. Sie ist eine Pflichtversicherung, d. h. die einzelnen Versicherten können ihre Krankenversicherung nicht frei wählen.

Im gesamteuropäischen Vergleich liegen die meisten Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens im Durchschnitt. Nennenswerte Abweichungen zeigen sich bei den überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben von 10–11 % des Bruttoinlandsproduktes und der starken Krankenhauslastigkeit mit hohen Aufwendungen für die stationäre Versorgung. Weiterhin ist die Ärztedichte in Österreich besonders hoch, dafür ist die Dichte bei anderen Gesundheitsberufsgruppen auffallend niedrig. Dies zeigt die sehr starke Arztlastigkeit des österreichischen Gesundheitssystems. Auch die Relation zwischen Fachärzten und AllgemeinmedizinerInnen liegt in Österreich sehr deutlich auf Seiten der Fachärzte.

²⁰ AHV = Alters- und Hinterlassenenversicherung; IV = Invalidenversicherung

Im Hinblick auf die Gesundheitsindikatoren ist die Situation in Österreich bei der „dem Gesundheitssystem zuschreibbaren Sterblichkeit“ deutlich besser als der Europäische Durchschnitt. Allerdings verbringen Österreicher im Vergleich zum europäischen Durchschnitt erkennbar weniger „Lebensjahre bei guter Gesundheit“.

Rolle und Funktion des Staates und der Bundesländer

In Österreich ist der Staat für die Rahmengesetzgebung, die Bundesländer für die Durchführungsgesetzgebung verantwortlich. Die Bundesländer sind für die Organisation und Finanzierung der intramuralen Gesundheitsversorgung (d. h. für Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen) zuständig. Kompetenz- und Aufgabenverteilung, Finanzierung und thematische Prioritätensetzung werden alle fünf Jahre zwischen Staat und Bundesländern verhandelt und in einer sogenannten „Artikel 15a B-VG-Vereinbarung“ festgelegt. Hierbei werden insbesondere Pläne für den akutstationären Bereich beschlossen. Die Vereinbarung wird in Form eines Staatsvertrages zwischen Staat und Bundesländern festgelegt und hat Verfassungsrang. Die Sanktionsmöglichkeiten des Bundes für die Nichteinhaltung bundesweiter Vorgaben sind allerdings sehr begrenzt.

Bundesebene: Die oberste Behörde in Gesundheitsangelegenheiten ist auf Bundesebene das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Das BMGF initiiert zumeist Gesetzesvorschläge, die größtenteils an die Bundesländer und die Sozialversicherungen weitergeleitet und dort umgesetzt werden. Der Bund selbst übernimmt vor allem Aufgaben als Aufsichtsbehörde. Er ist zuständig für den Vollzug der Gesetze zur gesundheitlichen Versorgung sowie für Ausbildungsfragen bei medizinischen Berufsgruppen. Das Ministerium ist dabei Aufsichtsbehörde der sozialen Krankenversicherung und der Standesvertretungen. Es überwacht die Einhaltung der Gesetze, die zur Sicherstellung der Versorgung umgesetzt werden.

Das Ministerium besteht aus vier Sektionen:

- Sektion I – Gesundheitssystem, zentrale Koordination
- Sektion II – Recht und Gesundheitlicher Verbraucherschutz
- Sektion III – Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten
- Sektion IV – Frauenangelegenheiten und Gleichstellung

Gemeinsam mit verschiedenen anderen Ministerien hat das BMGF federführend zehn Gesundheitsziele für Österreich entwickelt. Diese orientieren sich mit ihrer „Health in All Policies“-Strategie sehr stark an den Vorstellungen der Gesundheitsförderung. Lediglich eines der Gesundheitsziele widmet sich der medizinischen Versorgung (s. Tab. 3.4).

Landes- und kommunale Ebene: Den neun österreichischen Bundesländern und den Gemeinden kommt eine besondere Bedeutung im österreichischen Gesundheitssystem zu. Die Bundesländer sind verpflichtet, die medizinische Versorgung der

Bevölkerung durch ausreichende Kapazitäten in Krankenanstalten sicher zu stellen. Diese Krankenhäuser werden über die Landesgesundheitsfonds finanziert. Landesgesundheitsfonds sind auf der Ebene der Bundesländer für die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens – insbesondere im stationären Bereich – zuständig. Sie erhalten ihre finanziellen Mittel hauptsächlich und etwa zu gleichen Teilen von Sozialversicherungsträgern und der öffentlichen Hand (Bundesländern, Gemeinden und Staat). Rechtsträger der auf diese Weise finanzierten Krankenhäuser ist meist das Bundesland. Es sind grundsätzlich gemeinnützige Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht. Außer im Bundesland Wien ist das Management der öffentlichen Krankenanstalten in allen Bundesländern an privatrechtlich organisierte Krankenhausbetriebsgesellschaften ausgelagert. Diese setzen den Versorgungsauftrag der Länder um und führen in ihrem Auftrag strategische Entscheidungen durch.

Auch der öffentliche Gesundheitsdienst – dies sind die Gesundheitsämter der Bezirksverwaltungsbehörden und der städtischen Magistrate mit den darin tätigen Amtsärzten – liegt im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer. In den Gemeinden werden diese Aufgaben von Gemeindeärzten und Sprengelärzten wahrgenommen. Oberste Sanitätsbehörden in den Bundesländern sind die Landeshauptleute, welche vom Amt der Landesregierung und dem Landessanitätsrat in dieser Aufgabe unterstützt werden.

Tab. 3.4: Die Österreichischen Gesundheitsziele.

Ziel 1	Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
Ziel 2	Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
Ziel 3	Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
Ziel 4	Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
Ziel 5	Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
Ziel 6	Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen
Ziel 7	Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
Ziel 8	Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
Ziel 9	Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
Ziel 10	Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Quelle: Rendi-Wagner P. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung.
Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017

Zu den weiteren Aufgaben der Bundesländer gehören die Errichtung von Einrichtungen zur Bekämpfung meldepflichtiger Infektionskrankheiten, von Impf- und Beratungsstellen, von Einrichtungen zur Gesundheitsförderung und von Einrichtungen zur Führung der Gesundheitsstatistik des jeweiligen Bundeslandes. Die Länder verwalten den Stellenmarkt in den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens und überwachen die Einhaltung der Ausbildungsvorschriften für das nicht-ärztliche medizinische Personal.

Sozialversicherungen

Das österreichische Sozialversicherungswesen besteht aus den folgenden drei Bereichen:

- Krankenversicherung
- Pensionsversicherung
- Unfallversicherung

Die Arbeitslosenversicherung wird eigenständig vom Arbeitsmarktservice verwaltet. Aufgabe der sozialen Krankenversicherung ist es, die medizinische Versorgung im Krankheitsfall sicherzustellen. Sie deckt die Versicherungsfälle der Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Mutterschaft und Gesundheitsvorsorge ab.

Die **Krankenversicherung** ist die einzige Versicherung, die mit ihrem Versicherungsschutz fast die gesamte österreichische Bevölkerung abdeckt (99,9 % im Jahr 2015). Sie schützt neben den Versicherten auch deren Angehörige (Ehepartner, Kinder etc.) als so genannte Mitversicherte, falls diese nicht selbst krankenversichert sind. Zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört in erster Linie die Kostenübernahme von ärztlicher und therapeutischer Hilfe. Weitere wichtige Leistungen sind die Finanzierung von Heilmitteln und Heilbehelfen (Hilfsmitteln) sowie die Mitfinanzierung der Leistungen, die in Krankenanstalten erbracht werden. Zu den weiteren Leistungen der Krankenversicherung, die insgesamt jedoch nur einen kleineren Anteil der aufgewendeten Mittel ausmachen, gehören Zahnbehandlungen und Zahnersatz, medizinische Hauskrankenpflege, Krankengeld bei Krankenstand, Rehabilitationsgeld, Mutterschaftsleistungen, Leistungen der Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung, Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung, Fahrtspesen und Transportkosten.

Die **Pensionsversicherung** versichert nur Erwerbstätige. Im Jahr 2015 waren in Österreich 3,8 Mio. Menschen (43,8 % der Bevölkerung) pensionsversichert. Hiervon waren 99,5 % pflichtversichert und nur 0,5 % freiwillig versichert. Der größte Teil der Versicherungsleistungen entfällt auf die Pensionen. Einen kleineren Teil machen die Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten, die Beiträge zur Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation sowie Ausgleichszulagen aus. Die Pensionsaufwände bestehen in der Hauptsache aus Alterspensionen, ein geringerer Teil wird für Hinterbliebenenpensionen und Invaliditätspensionen benötigt.

Die **Unfallversicherung** bietet Schutz für Erwerbstätige, Studierende, Schulkinder und 5-jährige Kindergartenkinder bei Unfällen, die an der Arbeits- oder Ausbildungsstätte sowie auf dem Weg dorthin bzw. auf dem Weg von dort nach Hause passieren. Freizeitunfälle sind dabei nicht abgedeckt. Im Jahr 2015 waren 72,3 % der Bevölkerung unfallversichert. Zu den wichtigsten Versicherungsleistungen der Unfallversicherung gehören die Versichertenrenten und die Hinterbliebenenrenten sowie die Kosten für Unfallbehandlungen. Weitere Versicherungsleistungen sind Rehabilitationsleistungen und Beiträge zur Unfallverhütung.

Die Sozialversicherungen sind einerseits nach Bundesländern und andererseits nach Berufsgruppen organisiert. Derzeit gibt es in Österreich 22 Sozialversicherungsträger. Die Gebietskrankenkassen (eine je Bundesland) machen den größten Teil der Krankenversicherung aus. Dazu kommen die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), die Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau (VAEB), die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) sowie sechs Betriebskassen von großen österreichischen Unternehmen. Darüber hinaus decken auch die Pensionsversicherungsanstalt, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt und die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates Teile der Sozialversicherung ab. Welche dieser Sozialversicherungsträger für welchen Teil der Sozialversicherung zuständig ist, geht aus Tab. 3.5 hervor. Je nach Beruf oder Wohnort ist man in Österreich also automatisch (→ Pflichtversicherung) bei einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern kranken-, pensions- und unfallversichert. Hat ein Arbeitnehmer mehrere Arbeitgeber, wird er dem entsprechend auch bei mehreren Versicherungsträgern versichert. Der *Hauptverband*

Tab. 3.5: Organisationsstruktur der österreichischen Sozialversicherung.

Hauptverband der Sozialversicherungsträger			
Pensionsversicherung	Krankenversicherung		Unfallversicherung
Pensionsversicherungsanstalt	9 Gebietskrankenkassen	6 Betriebskrankenkassen	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft			
Sozialversicherung der Bauern			
Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau			
Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter		

Quelle: Hofmarcher MM. European Observatory on Health Care Systems (Hrsg.). Das österreichische Gesundheitswesen. Akteure, Daten, Analysen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2013.

der Sozialversicherungsträger ist die Dachorganisation aller 22 gesetzlichen Sozialversicherungen. Er ist für die allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen der Sozialversicherungen, für die Erbringung zentraler Dienstleistungen für die Sozialversicherungsträger und für die Koordination des Verwaltungshandelns der einzelnen Versicherungsträger zuständig. Der Hauptverband stellt verbindliche Richtlinien auf und erarbeitet rechtspolitische Vorschläge, Gutachten und Stellungnahmen. Darüber hinaus schließt er die Gesamtverträge mit den Interessensvertretungen (z.B. den Ärztekammern) ab, verwaltet zusätzlich Versicherungsdaten und erstellt Statistiken.

Organisation der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Die Dichte der berufsausübenden ÄrztInnen ist mit 5,0 pro 1.000 in Österreich (2013) relativ hoch. Sie ist damit die zweithöchste im gesamten OECD-Bereich (OECD-Durchschnitt: 3,3 pro 1.000). Wie in Tab. 3.6 dargestellt, hat sich die Anzahl der Personen im Gesundheitswesen – ungeachtet der Berufsgruppen – in Österreich innerhalb von 10 Jahren deutlich erhöht. Erheblich zugenommen hat in den letzten Jahren insbesondere die Zahl an Fachärzten. Das Verhältnis von AllgemeinmedizinerInnen zu FachärztInnen betrug in Österreich im Jahr 2004 noch 1 : 1,40 und im Jahr 2014 bereits 1 : 1,60. Im gesamten Zeitraum waren 55 % aller ÄrztInnen in Krankenanstalten tätig. Dieser hohe Anteil zeigt gemeinsam mit der hohen Bettendichte (s. u.) die starke Spitallastigkeit des österreichischen Gesundheitssystems.

Parallel dazu lag die Dichte an Pflegepersonen im Jahr 2012 in Österreich bei 7,8 pro 1.000. Dieser Wert liegt deutlich unter dem OECD-Schnitt von 9,1 / 1.000. Allerdings ist die Anzahl der Pflegepersonen in Österreich zwischen 2004 und 2014 angestiegen. Auch die Dichte an Hebammen ist in Österreich (2015) mit 24,6 / 100.000 im internationalen Vergleich außerordentlich gering. Bestimmte Tätigkeiten, die international meist von Hebammen durchgeführt werden (wie z. B. die Entnahme eines PAP-Abstrichs), werden in Österreich fast ausschließlich von FachärztInnen für Gynäkologie und Geburtshilfe durchgeführt.

Ambulante ärztliche Versorgung: Die ambulante medizinische Versorgung findet in Österreich auf vier Ebenen statt.

Hierzu gehören

- VertragsärztInnen und WahlärztInnen, die vorwiegend in Einzelordinationen (Einzelpraxen) tätig sind
- Gruppenpraxen
- Spitalsambulanzen (d. h. organisatorische Einheiten von Krankenhäusern)
- Ambulatorien, die als Krankenanstalten von Krankenversicherungsträgern oder Privatpersonen betrieben werden

Dabei ist eine exakte Trennung zwischen ärztlicher Primär- und Sekundärversorgung kaum möglich. Dies hat mehrere Gründe: Es fehlt in Österreich ein Gatekeeping-System

Tab. 3.6: Anzahl der im österreichischen Gesundheitswesen tätigen Personen (2004 und 2014).

	2004	2014	Veränderung in %
Berufsausübende ÄrztInnen			
Alle berufsausübenden ÄrztInnen	34.334	43.126	+ 25,6
AllgemeinmedizinerInnen	11.757	14.130	+ 20,2
FachärztInnen	16.466	22.643	+ 37,5
ÄrztInnen in Krankenanstalten	19.009	24.009	+ 26,3
Nichtärztliches Personal in Krankenanstalten			
Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	48.435	58.026	+ 19,8
– Allgemeine Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (GKP)	41.523	50.324	+ 21,2
– Kinder und JugendpflegerInnen	3.850	4.002	+ 3,9
– Psychiatrische Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (GKP)	3.007	3.621	+ 20,4
– Kardiotechnischer Dienst	55	79	+ 43,6
Medizinisch Technische AssistentInnen	12.498	14.946	+ 19,6
PflegehelferInnen, SanitätshilfsdienerInnen	14.648	14.837	+ 1,3
Hebammen	1.139	1.434	+ 25,9

Quelle: Erika Baldaszi, Statistik Austria (Hrsg.). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2015.

mit dem Hausarzt als erster Anlaufstelle. Die PatientInnen können also direkt zu allen FachärztInnen gehen (Ausnahmen: Radiologie und Labordiagnostik). Diese nehmen daher auch viele Aufgaben wahr, die üblicherweise von der ärztlichen Primärversorgung durchgeführt würden (Erstkontakt, Koordination der Behandlung). Darüber hinaus nehmen Spitalsambulanzen (teilweise auch Ambulatorien) nicht nur an der fachärztlichen Versorgung im Rahmen der Vor- und Nachbetreuung von stationären PatientInnen teil. Sie spielen auch in der Primärversorgung eine wichtige Rolle. Diese beiden Versorgungsebenen sind bei den PatientInnen sehr beliebt, da sie zum Teil rund um die Uhr geöffnet haben und eine umfassende Versorgung anbieten. Derzeit werden daher verstärkt *Primärversorgungszentren* aufgebaut. Mit ihrer Hilfe soll die extramurale ambulante Versorgung gestärkt werden. Man versucht, diese Zentren mit Hilfe von differenzierten Angeboten und flexiblen Öffnungszeiten attraktiver zu machen.

Die wichtigste Säule der ambulanten Versorgung in Österreich sind die **VertragsärztInnen** und die **WahlärztInnen**. Es sind freiberuflich tätige AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen, die in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren

Versicherungsträgern (*VertragsärztInnen*) oder außerhalb der Vertragsnetzwerke stehen (*WahlärztInnen*).

Spitalsambulanzen sind Einrichtungen, die an alle öffentlichen Akut-Krankenanstalten angegliedert sind. Sie dienen der Notfallversorgung sowie der Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im niedergelassenen Bereich nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen und spielen eine wichtige Rolle in der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Zudem nehmen sie auch Leistungen in der prä- und poststationären Patientenbetreuung wahr. Außerdem haben viele Notfallambulanzen Aufgaben übernommen, die üblicherweise der primären Versorgungsebene zuzurechnen sind.

Selbstständige Ambulatorien sind Krankenanstalten, die ausschließlich in der ambulanten Patientenversorgung tätig sind. Für die Errichtung eines Ambulatoriums ist die Zustimmung der Landesregierung notwendig. Betreiber können Einzelpersonen (z. B. Ärzte/Zahnärzte) oder Sozialversicherungsträger sein. Die häufigsten Ambulatorien gibt es in den Bereichen Radiologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Zahnmedizin und Psychiatrie.

Arzneimittelversorgung: Die Arzneimittelversorgung wird in Österreich größtenteils durch die 2.243 (Stand 2014) Apotheken gewährleistet. Hiervon sind 1.328 öffentliche Apotheken. Außerdem gibt es 28 Filialapotheken. Vor allem im ländlichen Raum wird die Arzneimittelversorgung der PatientInnen durch 841 hausapothekenführende ÄrztInnen ergänzt (Tendenz deutlich sinkend). Im stationären Bereich kommen noch 46 Anstaltsapotheken hinzu. Krankenanstalten werden durch Arzneimitteldepots versorgt, die von öffentlichen oder Anstaltsapotheken beliefert werden.

Die häufigsten in Österreich verordneten Arzneimittel (2014) waren mit ca. 13 Mio. Verordnungen blutdruckregelnde Mittel, die auf das Renin-Angiotensin-System wirken (ATC Code C09), gefolgt von Mitteln bei säurebedingten (Magen-Darm-) Erkrankungen (ATC Code A02) mit 9,1 Mio. Verordnungen und Psychoanaleptika (ATC Code N06) mit 8,4 Mo Verordnungen. Weitere Medikamente auf der Liste der am häufigsten verordneten Medikamente sind Lipid senkende Mittel (ATC Code C19), Antibiotika zur systemischen Anwendung (ATC Code J01), Psycholeptika (ATC Code N05), Betablocker (ATC Code C07), Analgetika (ATC Code N02), Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC Code M01) und Mitteln bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (ATC Code R03) mit jeweils ca. 4 bis 6 Mio. Verordnungen.

Stationäre Versorgung: In Österreich gibt es insgesamt 279 Krankenanstalten, davon 120 mit Öffentlichkeitsrecht (Stand 2014). Rechtsträger der meisten Krankenanstalten sind die Bundesländer und Bundesländergesellschaften (94 Krankenanstalten) sowie die Gemeinden (11 Krankenanstalten). Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften betreiben insgesamt 37 Krankenanstalten. Weitere wichtige Betreiber von Krankenanstalten sind Privatpersonen und Privatgesellschaften (82 Krankenanstalten), Unfall- und Pensionsversicherungsanstalten (33 Krankenanstalten), Vereine und Stif-

tungen (6 Krankenanstalten), Krankenkassen und Fürsorgeverbände (9 Krankenanstalten) und der Staat mit 7 Krankenanstalten.

In den 279 Krankenanstalten gibt es 64.825 Betten. Das entspricht 7,6 Betten je 1.000 EinwohnerInnen. Damit liegt die Bettendichte in Österreich etwas unterhalb der in Deutschland (8,3 pro 1.000 EinwohnerInnen) und deutlich über der der Schweiz (4,7 pro 1.000 EinwohnerInnen). In den OECD-Ländern lag der Durchschnitt im Jahr 2013 bei 5,0 pro 1.000 EinwohnerInnen.

Die dezentralisierte Lage der Krankenanstalten hat zur Folge, dass die Erreichbarkeit durch die PatientInnen großzügig sichergestellt ist. Andererseits entsteht durch die hohe Bettenkapazität aber ein Druck auf die Krankenanstalten, Gewinne zu erzielen, um die Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten. Auch gibt es nur geringe Anreize für Krankenanstalten, sich zu spezialisieren. Hieraus können Kostennachteile entstehen. Außerdem kann die Qualität der Versorgung dadurch nicht auf dem höchst möglichen Niveau gehalten werden.

Ein wesentlicher Teil der stationären Versorgung in Österreich ist die tagesklinische Versorgung (stationäre Krankenhausaufenthalte ohne Nächtigungen). Solche Aufenthalte werden als „Nulltages-Aufenthalte“ bezeichnet. Sie sind in den letzten 10 Jahren stark angestiegen. Die häufigsten Indikationen für eine tagesklinische Versorgung sind Augendiagnosen, Katarakt-Operationen, gynäkologische Indikationen, Schmerzbehandlungen in der Orthopädie und onkologische Therapien, insbesondere Chemotherapie.

Ambulante und stationäre Pflege: Die Verantwortung für die Pflege liegt in Österreich in erster Linie bei der Familie und den pflegenden Angehörigen. Der Staat übernimmt diese Aufgabe erst dann, wenn die Pflege durch Angehörige nicht gewährleistet werden kann (Subsidiaritätsprinzip). Auf Bundesebene ist das *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz* (BMAK) für die Pflege zuständig. Pflegebedürftige Personen und pflegende Angehörige erhalten jedoch auch dann auf allen Ebenen Unterstützung durch die öffentliche Hand, wenn der größte Anteil der Pflege informell durch Angehörige gewährleistet wird. So unterstützt der Staat die Bundesländer bei der Sicherung der Versorgung mit mobilen, stationären, teilstationären Diensten, Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, Case- und Care-Management und bei alternativen Wohnformen. Die Finanzierung des Pflegesystems geschieht durch eine Mischung aus Bedarfsorientierung und Einkommens- und Vermögensprüfung der Betroffenen.

Die Zuerkennung von Unterstützung bei Pflegebedarf erfolgt auf zwei Ebenen:

- Pflegegeld nach Pflegebedarf. Der Bedarf wird durch spezialisierte ÄrztInnen und diplomiertes Pflegepersonal festgestellt. Er wird anhand von sieben Pflegestufen ausgedrückt, die abhängig von der Schwere der Pflegebedürftigkeit sind (sieben ist die höchste Pflegestufe mit dem höchsten Pflegebedarf)
- Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe, die nach der Einkommens- und Vermögenssituation der Betroffenen bemessen wird

In Österreich beziehen etwa 5 % der Bevölkerung Pflegegeld (Stand 2010), zwei Drittel davon sind Frauen.

Die Pflegeversorgung erfolgt in Österreich in vier Settings:

- Informelle Pflege durch Angehörige (vorwiegend Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter)
- Häusliche Betreuung durch mobile Dienste
- Häusliche 24-Stunden-Betreuung
- Pflegeheime

Etwa 59 % der Pflegegeldbezieher werden durch Familienmitglieder betreut. Bei 23 % sind es pflegende Angehörige und mobile Dienste. Es wird geschätzt, dass etwa 2–5 % der Pflegegeldbezieher zusätzlich eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen. Etwa 16 % der Pflegegeldbezieher leben in Alten- oder Pflegeheimen. Diese Gruppe verbraucht etwa die Hälfte der gesamten Ausgaben für Langzeitpflege in Österreich. Etwa drei Viertel der Personen, die in Pflegeheimen betreut werden, erhalten zusätzlich zum Pflegegeld noch Unterstützung durch die Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe. Im Jahr 2010 gab es in Österreich 75.038 Heimplätze. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 112 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen im Alter von 75 Jahren und älter. Dort arbeiten 21.250 vollzeitäquivalent beschäftigte Personen. In allen Bundesländern ist eine Pflegestufe von 3 oder höher die Voraussetzung für eine Aufnahme in ein Pflegeheim.

Vergütungs- und Tarifsysteme

Die Finanzierung der Krankenanstalten erfolgt etwa zur Hälfte aus der Öffentlichen Hand, wobei die Länder den größten Anteil davon beisteuern. Die andere Hälfte wird von den Sozialversicherungsträgern übernommen. Ein kleinerer Teil wird privat finanziert, siehe Tab. 3.7.

Tab. 3.7: Finanzierung der Krankenanstalten in Österreich (2013).

Laufende Ausgaben für Krankenanstalten: 12.472 Mio. Euro	
Öffentliche Hand (Staat, Bundesländer, Gemeinden)	44,5 %
Sozialversicherungsträger	46,4 %
Private Krankenversicherung	6,4 %
Private Haushalte	2,5 %
Private Organisationen ohne Erwerbszweck	0,1 %

Quelle: Baldaszi E, Statistik Austria (Hrsg.). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2015.

Der größte Teil der österreichischen Akut-Krankenhäuser sind so genannte „Fonds-krankenanstalten“. Das sind jene Krankenhäuser, die durch die Landesgesundheitsfonds der einzelnen Bundesländer finanziert werden. Diese Landesgesundheitsfonds werden von Sozialversicherung (43 %), Staat (14 %), Bundesländern (33 %) und Gemeinden (10 %) gespeist. Die Finanzierung erfolgt auf der Basis des LKF-Systems (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung), das etwa einem DRG-System (*Diagnosis Related Groups*) entspricht. Das LKF-System besteht aus einem LKF-Kernbereich, der im gesamten Staat einheitlich geregelt ist. Hier werden stationäre Krankhausaufenthalte auf der Basis leistungsorientierter Diagnosefallgruppe (LDF) bepunktet. Darüber hinaus existiert ein LKF-Steuerungsbereich, bei dem auch bundesländerspezifische Gegebenheiten wie Zentralversorgung, Schwerpunktversorgung sowie fachliche und regionale Versorgungsfunktionen berücksichtigt werden.

Im niedergelassenen ärztlichen Bereich erfolgt die Vergütung von VertragsärztInnen direkt durch die Krankenkassen. Die meisten Krankenversicherungsträger rechnen die Leistungen nach einem gemischten Honorierungssystem ab, das sowohl Pauschalabrechnungen (Grundleistungsvergütung) als auch Einzelleistungsvergütung beinhaltet. Die Honorarsätze werden regelmäßig zwischen Krankenkassen und Ärztekammer verhandelt und adaptiert. Die Inanspruchnahme von Wahlärzten steht allen Versicherten gegen Direktbezahlung des Honorars offen. In diesem Fall werden insgesamt 80 % des Vertragstarifes für die betreffende Leistung nachträglich durch die Krankenkassen erstattet.

Alle Versicherten haben freien Zugang zu Arzneimitteln, die im Erstattungskodex aufgeführt sind, wenn diese ärztlich verordnet wurden. Im Erstattungskodex gibt es u. a. einen grünen Bereich. ÄrztInnen können die dort gelisteten Medikamente frei verordnen. Bei den Medikamenten aus dem gelben Bereich bedarf es entweder einer chef- und kontrollärztlichen Vorabbeurteilung durch die Krankenkasse (= dunkelgelb) oder einer nachfolgenden Kontrolle, bei der die Einhaltung der Verwendung anhand der ärztlichen Dokumentation vorgesehen ist (= hellgelb). Medikamente aus dem roten Bereich können zeitlich befristet verordnet werden. Für die Aufnahme in den Erstattungskodex muss dann ein Antrag gestellt werden. Zudem gibt es Medikamente, die nicht in den Erstattungskodex aufgenommen wurden, und deren Erstattung durch die Krankenkassen sehr eingeschränkt oder nur in bestimmten Ausnahmefällen möglich ist („No box-Medikamente“). Versicherte müssen für verordnete Medikamente einen Selbstbehalt (Rezeptgebühr) leisten. Dieser beträgt 2017 5,85 Euro. Der Betrag wird jährlich an die Inflation angepasst. Auf der Basis von zuvor festgelegten Einkommensgrenzen kann eine Gebührenbefreiung geltend gemacht werden. Außerdem ist eine Rezeptgebührenobergrenze festgelegt. Sie tritt ein, wenn die Ausgaben für die Gebühren zwei Prozent des jeweiligen Jahreseinkommens überschreiten. Unabhängig davon sind allerdings mindestens 38 Rezeptgebühren pro Jahr zu zahlen. Stationäre PatientInnen müssen keine Zuzahlungen zu Arzneimitteln leisten.

Finanzierung, Ausgaben und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Die Ausgaben des österreichischen Gesundheitssystems beliefen sich im Jahr 2013 auf 34,9 Mrd. Euro. Das entspricht 10,8 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Hiervon waren 32,6 Mrd. Euro laufende Gesundheitsausgaben, 2,3 Mrd. wurden für Investitionen ausgegeben. Die laufenden Gesundheitsausgaben beliefen sich damit auf 10,1 % des BIP und waren somit etwas höher als im OECD-Durchschnitt (8,9 % des BIP). Zwischen 1990 und 2013 stiegen die Gesundheitsausgaben in Österreich im Durchschnitt pro Jahr um 5,0 %. Dieser Anstieg verlangsamte sich zwischen 2012 und 2013 auf 1,7 %. Die meisten Gesundheitsausgaben werden für die stationäre Versorgung aufgewendet, gefolgt von der ambulanten Versorgung und der Versorgung mit Medikamenten und medizinischen Erzeugnissen (s. Tab. 3.8).

Tab. 3.8: Gesundheitsausgaben in Österreich (2013).

Gesundheitsausgaben insgesamt: 34.869 Mio. Euro	
Stationäre Versorgung (inkl. stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen)	38,7 %
Ambulante Versorgung	25,2 %
Medikamente, medizinische Erzeugnisse	15,3 %
Häusliche Pflege (inkl. Pflegegeld)	6,9 %
Prävention	1,4 %
Gesundheitsverwaltung	3,5 %
Andere Gesundheitsvorsorgeleistungen	2,4 %
Investitionen	6,6 %

Quelle: Baldaszi E, Statistik Austria (Hrsg.). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2015

Finanziers der Gesundheitsausgaben sind zu etwa drei Vierteln öffentliche Träger und zu einem Viertel private Finanziers. Der größte Teil der Gesundheitsausgaben wird durch die Sozialversicherungsträger übernommen, gefolgt von der öffentlichen Hand (Staat, Bundesländer, Gemeinden). Aber auch die privaten Haushalte tragen in Österreich mit knapp einem Sechstel der gesamten Gesundheitsausgaben zur Finanzierung des Gesundheitssystems bei (s. Tab. 3.9). Zu diesen „Out-of-pocket“-Ausgaben gehören Medikamentenselbstbehalte (Rezeptgebühren), Selbstbehalte bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (bei einigen Krankenkassen) sowie privat bezahlte medizinische, therapeutische und pflegerische Dienstleistungen, Arzneimittel und Medizinprodukte.

Tab.3.9: Finanziers der laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich (2013).

Gesamte laufende Gesundheitsausgaben insgesamt: 32.581 Mio. Euro	
Öffentliche Hand (Staat, Bundesländer, Gemeinden)	31,3 %
Sozialversicherungsträger	44,9 %
Private Krankenversicherung	5,0 %
Private Haushalte	17,4 %
Private Organisationen ohne Erwerbszweck	1,3 %
Unternehmen	0,2 %

Quelle: Baldaszi E, Statistik Austria (Hrsg.). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2015.

Wie häufig die ambulante Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen wird, geht am deutlichsten aus der Gesundheitsbefragung 2014 hervor, einer repräsentativen Befragung der Österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren. Hiernach gab rund ein Viertel der Befragten (74 % der Männer und 79 % der Frauen) an, im Jahr vor der Befragung einen Allgemeinmediziner aufgesucht zu haben. Ähnlich hoch war auch die Inanspruchnahme von Zahnärzten (69 % der Männer und 74 % der Frauen). Weniger als zwei Drittel (55 % der Männer und 71 % der Frauen) gaben an, im Jahr vor der Befragung fachärztliche Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Eine Spitals- oder Unfallambulanz suchten 25 % der Männer und 25 % der Frauen im Jahr vor der Befragung auf. Da in Österreich kein Gatekeeper-System existiert, kommt es dazu, dass derzeit in einem Jahr etwa 15 % der erwachsenen Bevölkerung einen Facharzt aufsuchen, ohne im selben Zeitraum in der Allgemeinmedizin in Behandlung gewesen zu sein. Im selben Zeitraum sind etwa 9 % in einer Spitalsambulanz und 8 % in einem Krankenhaus gewesen, ohne zuvor bei einer/m Allgemeinmediziner/in gewesen zu sein. Insbesondere Personen mit höherer Bildung und Personen mit Migrationshintergrund nehmen häufiger Gesundheitsdienstleistungen höherer Ebene direkt in Anspruch.

Die Gesundheitsbefragung 2014 zeigt darüber hinaus, dass im Jahr vor der Befragung besonders häufig Physiotherapie (15 % der Männer und 21 % der Frauen), Psychologie bez. psychotherapeutische oder psychiatrische Betreuung und Behandlung (6 % der Männer und 8 % der Frauen) sowie Ergotherapie (2 % der Männer und 3 % der Frauen) als nicht-ärztlichen Leistungen in Anspruch genommen wurden. Häusliche Pflegedienste oder soziale Hilfsdienste, wie z. B. Pflege durch Pflegekräfte oder Hebammen, Heimhilfen, Essen auf Rädern oder Fahrdienste nahmen in diesem Zeitraum 1 % der Männer und 2 % der Frauen in Anspruch.

Im Jahr 2013 wurden in österreichischen Krankenanstalten mehr als 2,8 Mio. Spitalsentlassungen verzeichnet. Der überwiegende Teil (94,8 %) geschah in Akut-Krankenhäusern. Seit 2009 sank die Zahl der vollstationären Spitalsaufnahmen (min-

destens über eine Nacht) um jährlich durchschnittlich 1,1 %. Die Zahl der Eintagesaufenthalte stieg zwischen 2009 und 2013 hingegen jährlich um 4,2 % an. Besonders hoch war der Anstieg der Eintagesaufenthalte in den Bereichen Augenerkrankungen und Krebserkrankungen. Häufigste Entlassungsdiagnosen im akutstationären Bereich waren 2013 Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (12,9 %), gefolgt von Krebserkrankungen (11,5 %), Verletzungen und Vergiftungen (11,2 %) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (10,5 % aller Entlassungsfälle). Die mittlere Verweildauer in Akut-Krankenanstalten nahm seit 1990 (11,1 Tage pro Fall) kontinuierlich ab und lag 2013 nur noch bei durchschnittlich 6,5 Tagen pro Fall.

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2014 gaben auch 14 % der Männer und 15 % der Frauen an, im Jahr zuvor mindestens einmal über Nacht im Krankenhaus stationär behandelt worden zu sein. Weitere 12 % der Männer und 12 % der Frauen gaben für denselben Zeitraum mindestens einen Null-Tagesaufenthalt in einem Spital an.

3.2.3 Das deutsche Gesundheitssystem

Michael Simon

Das deutsche Gesundheitssystem ist vor allem durch die zentrale Stellung der *gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV) gekennzeichnet. In dieser staatlichen Sozialversicherung sind alle abhängig Beschäftigten gesetzlich pflichtversichert, deren Arbeits-einkommen eine definierte, jährlich fortgeschriebene Einkommensgrenze nicht überschreitet (Versicherungspflichtgrenze 2016: 56.250 Euro/Jahr). Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Krankenkassen, in denen ca. 87 % der Bevölkerung versichert sind. Über eine private Krankenversicherung (PKV) sind ca. 11 % und über besondere Sicherungssysteme, wie beispielsweise eine freie Heilfürsorge für Soldaten und Polizisten, sind ca. 3 % abgesichert. Zur Zahl der Nichtversicherten sind keine genauen Daten verfügbar, sondern nur Schätzwerte. Der Anteil dürfte bei weniger als 0,2 % der Bevölkerung liegen.

Die folgende Beschreibung des deutschen Gesundheitswesens beschränkt sich auf dessen Grundzüge und charakteristischen Merkmale und stellt die Versorgung im Rahmen des GKV-Systems in den Mittelpunkt. Für eine detailliertere Darstellung sei auf die weiterführende Fachliteratur auf unserer Lehrbuch-Homepage verwiesen.

Rolle und Funktion des Staates

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein föderaler Bundesstaat, bestehend aus 16 Bundesländern und dem Bund als zentraler staatlicher Institution. Die Rolle des Staates beschränkt sich im Gesundheitswesen weitgehend auf regulierende und beaufsichtigende Funktionen. An der Leistungserbringung beteiligt er sich nur in sehr geringem Umfang (z. B. durch landeseigene Universitätskliniken, psychiatrische Landeskrankenhäuser). Aus dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes wird

jedoch eine Verpflichtung des Staates zur *Daseinsvorsorge* für seine Bürger abgeleitet, die auch die Verpflichtung zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen und pflegerischen Versorgung einschließt. Diesen so genannten Sicherstellungsauftrag haben die Bundesländer zu erfüllen. Der Bund ist hingegen für die Sozialversicherung zuständig. Die Gemeinden nehmen über die Gesundheitsämter vor allem Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsschutzes wahr. Darüber hinaus betreiben die Gemeinden eigene Krankenhäuser und in sehr geringem Umfang auch eigene Pflegeheime.

Eine Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems ist das stark ausgebaute und sehr einflussreiche System der *gemeinsamen Selbstverwaltung*. Hierzu gehören vertragliche Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den jeweiligen Leistungserbringern eines Bereiches ebenso wie gemeinsam besetzte Gremien, in denen so genannte untergesetzliche Regulierungen beschlossen werden, die dann für alle Krankenkassen und alle Leistungserbringer verbindlich sind. Die Gremien sind in der Regel mit gleich vielen Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer sowie mit mehreren unparteiischen Mitgliedern besetzt. Oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA).

Die Sozialversicherung als zentrales Element des deutschen Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem ist in sehr starkem Maße durch die gesetzliche Krankenversicherung geprägt, die Teil des staatlichen Sozialversicherungssystems ist. Das deutsche Sozialversicherungssystem wurde Ende des 19. Jahrhunderts im Rahmen der *Bismarck'schen Sozialgesetzgebung* eingeführt und bestand zunächst nur aus drei Zweigen:

- *gesetzliche Rentenversicherung* (GRV)
- *gesetzliche Krankenversicherung* (GKV)
- *gesetzliche Unfallversicherung* (GUV, nur für Arbeitsunfälle)

1927 kam eine *Arbeitslosenversicherung* hinzu und 1995 wurde mit der *gesetzlichen Pflegeversicherung* der fünfte und bislang letzte Zweig geschaffen.

Die Bismarcksche Sozialgesetzgebung war Teil eines Programms zur Sicherung der politischen Herrschaft des Kaiserreichs und sollte in erster Linie dazu dienen, die Arbeiterschaft für die Monarchie zu gewinnen. Die Einführung der Sozialversicherung folgte jedoch nach eigenständigen *sozialpolitischen Leitvorstellungen*. Hierzu gehörte die Überzeugung, dass die Absicherung der Arbeiterschaft im Fall von Krankheit, Arbeitsunfall und Altersarmut nicht den gewinnorientierten privaten Versicherungen überlassen werden dürfe. Vielmehr sollte diese Absicherung unter staatlicher Aufsicht und Kontrolle erfolgen. Dementsprechend gehört es zu den konstitutiven Merkmalen der deutschen Sozialversicherung, dass ihre Trägerorganisationen als öffentlich rechtliche Körperschaften verfasst sind, dass sie Aufgaben einer mittelba-

ren Staatsverwaltung wahrnehmen und einer sehr eng gefassten staatlichen Aufsicht unterliegen.

Außer in der GUV, die allein von den Arbeitgebern finanziert wird, gibt es in allen anderen Zweigen der Sozialversicherung eine so genannte *Selbstverwaltung*. Die Mitglieder können im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften über einige Belange selbst entscheiden. Dies geschieht entweder allein (→ Ersatzkassen) oder gemeinsam mit Vertretern der Arbeitgeber (→ alle anderen Kassen) bzw. des Staates (→ GRV). Zu den Belangen, die sie selbst entscheiden können, gehört insbesondere die Wahl des Vorstandes. Die GKV darf auch selbstständig Entscheidung über zusätzliche Leistungen (Satzungsleistungen) treffen. Allerdings ist die Selbstverwaltung kein essentielles und unverzichtbares Merkmal, sondern eher ein Überbleibsel aus der Gründungszeit der Sozialversicherung. Sie sollte damals v.a. dazu dienen, die Arbeiterschaft durch eine begrenzte Beteiligung an Entscheidungen gegen revolutionäre Ideen zu immunisieren.

Anders verhält es sich bei der *Finanzierung* der Sozialversicherung. Als Sozialversicherung können nur Versicherungen gelten, die – dem Solidaritätsprinzip folgend – ihre Beiträge in Abhängigkeit von der finanziellen Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder erheben. Dies hat der *Europäische Gerichtshof* (EuGH) in der Vergangenheit mehrfach in Grundsatzentscheidungen festgestellt. Alle Zweige der Sozialversicherung werden daher überwiegend auf diese Art finanziert. Insofern können die einkommensbezogenen Beiträge, aus denen sich alle Zweige der Sozialversicherung überwiegend finanzieren, als konstitutives Merkmal der deutschen Sozialversicherung angesehen werden.

In den letzten Jahrzehnten hat die gesetzliche Krankenversicherung als staatliche Sozialversicherung einen Funktionswandel durchlaufen. War sie Ende des 19. Jahrhunderts noch darauf beschränkt, die Finanzierung medizinisch notwendiger Leistungen zu organisieren, werden ihr von der Politik seit den 1980er Jahren zunehmend mehr Aufgaben der Regulierung des Gesundheitssystems übertragen. Sei es als Teil der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung in Kooperation mit Verbänden der Leistungserbringer, teilweise aber auch in Form eigenständiger untergesetzlicher Rechtsetzung bspw. durch Richtlinien oder Festlegung von Arzneimittelfestbeträgen.

Organisation der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Ambulante ärztliche Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten wird *vertragsärztliche Versorgung* bzw. *vertragszahnärztliche Versorgung* genannt. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Versorgung der GKV-Versicherten durch ÄrztInnen erfolgt, die zur ärztlichen Behandlung von GKV-Versicherten zugelassen sind. Dies geschieht auf der Grundlage von Verträgen zwischen den Krankenkassen einerseits und der Gesamtheit aller zur ambulanten ärztlichen Behandlung von GKV-Versicherten zugelassenen ÄrztInnen andererseits. Vertragspartner der Krankenkassen sind somit

nicht die einzelnen ÄrztInnen, sondern ihr Zusammenschluss, die jeweilige *Kassenärztliche Vereinigung (KV)*. Kassenärztliche Vereinigungen sind vom Staat geschaffene und von den Mitgliedern (VertragsärztInnen) selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts. Diese sind einerseits Interessenvertretungen der VertragsärztInnen, übernehmen andererseits jedoch auch Aufgaben der mittelbaren Staatsverwaltung. Als Organe der Staatsverwaltung haben sie für die Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung zu sorgen (*Sicherstellungsauftrag*) und müssen die ihr angehörenden Vertragsärzte beaufsichtigen.

Der Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung erstreckt sich in der Regel auf ein Bundesland, für das sie vom Staat den *Sicherstellungsauftrag* für eine ausreichende und flächendeckende ambulante vertragsärztliche Versorgung erhalten hat. Die KV schließt jährlich einen so genannten Gesamtvertrag mit allen Krankenkassen ab. Hierin vereinbart sie eine Gesamtvergütung für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages.

Um an der vertragsärztlichen Versorgung (= kassenärztliche Versorgung) teilnehmen zu können, müssen ÄrztInnen individuell zugelassen werden und Mitglied der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sein. Die Zulassung wird von einem Zulassungsausschuss ausgesprochen und erfolgt im Rahmen einer vorgegebenen Bedarfsplanung, in der die Zahl der Vertragsarztsitze für definierte Zulassungsbezirke festgeschrieben ist. Mit der Zulassung wird die Ärztin/der Arzt zugleich auch ordentliches Mitglied der KV.

An der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland nahmen 2014 insgesamt ca. 165.000 ÄrztInnen teil, darunter etwa 130.000 VertragsärztInnen, 12.000 angestellte ÄrztInnen und 12.500 PsychotherapeutInnen.

Arzneimittelversorgung

Die Versorgung mit Arzneimitteln wird in Deutschland vor allem durch öffentliche Apotheken (2014: ca. 21.000) sichergestellt, die von ApothekerInnen in privater Rechtsform betrieben werden. In geringem Umfang sind auch Krankenhausapotheken (2014: ca. 400) an der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung beteiligt. Seit 2004 ist darüber hinaus der Versandhandel mit Arzneimitteln zugelassen, sofern er die gesetzlichen Anforderungen erfüllt. Niedergelassene ÄrztInnen haben in Deutschland – anders als international weit verbreitet – nicht das Recht zur Abgabe von Arzneimitteln.

Herstellung, Preisbildung und Vertrieb von Arzneimitteln unterliegen einer umfassenden staatlichen Regulierung. Für die nationale Zulassung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Blutprodukten sind das *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM) und das *Bundesamt für Sera und Impfstoffe* (Paul-Ehrlich-Institut) zuständig.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf die Versorgung mit medizinisch notwendigen Arzneimitteln. Dies gilt allerdings nur für

verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente (OTC-Arzneimittel, von engl. *over the counter* = über die Ladentheke) werden grundsätzlich nicht von der GKV übernommen.

Stationäre Versorgung

Die *Krankenhausversorgung* wird durch öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser erbracht. Freigemeinnützige Krankenhausträger sind Träger der freien Wohlfahrtspflege, wie z. B. der Deutsche Caritasverband, das Deutsche Rote Kreuz oder das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche. Im Jahr 2014 gab es in Deutschland ca. 2.000 Krankenhäuser mit insgesamt ca. 500.000 Betten. Auf die öffentlichen Träger (Gemeinden, Länder) entfielen ca. 30 % der Krankenhäuser und 48 % der Betten, auf die freigemeinnützigen Träger 34 % der Krankenhäuser und 35 % der Betten. In privatem Eigentum befanden sich 35 % der Kliniken und 18 % der Betten. Die Zulassung von Krankenhäusern zur Versorgung von GKV-Versicherten erfolgt durch die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes oder – im Falle der Universitätskliniken – durch die Aufnahme in das Hochschulverzeichnis.

Die Länder haben einen aus dem Sozialstaatsgebot der Verfassung abgeleiteten *Sicherstellungsauftrag*. Sie sind somit letztverantwortlich für eine ausreichende und flächendeckende Krankenhausversorgung. Zu ihren Pflichten gehört es, Krankenhauspläne aufzustellen und regelmäßig fortzuschreiben. In diese Pläne müssen alle Krankenhäuser aufgenommen werden, die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig sind.

Ist ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen, übernimmt es einen *Versorgungsauftrag* zur Behandlung von GKV-Versicherten. Es hat nun das Recht, die dafür vorgesehenen Vergütungen mit den Krankenkassen abzurechnen. Universitätskliniken werden mit der Aufnahme in das Hochschulverzeichnis des Landes zur Versorgung von Kassenpatienten zugelassen.

Ambulante und stationäre Pflege

Die ambulante und stationäre Langzeitpflege erfolgt vor allem durch freigemeinnützige und private Einrichtungen. Öffentliche Träger sind hier nur in sehr geringem Maße beteiligt. Im Jahr 2013 gab es insgesamt ca. 12.300 Pflegeeinrichtungen, davon ca. 63 % in privater Trägerschaft, ca. 36 % in freigemeinnütziger und lediglich ca. 1 % in öffentlicher Trägerschaft. Stationäre Langzeitpflege wurde 2013 von insgesamt ca. 13.000 Pflegeheimen erbracht, davon waren ca. 41 % in privater Trägerschaft, ca. 54 % in freigemeinnütziger und ca. 5 % in öffentlicher Trägerschaft.

Mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde der Sicherstellungsauftrag für die ambulante und stationäre Pflege in Deutschland zwar auf die Pflegekassen übertragen, die Letztverantwortung tragen jedoch auch in diesem Bereich die Länder. Um eine ausreichende pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen, sind

die Pflegekassen verpflichtet, Versorgungsverträge mit ambulanten Pflegeeinrichtungen und Pflegeheimen abzuschließen. Eine Angebotsplanung wie in der Krankenhausversorgung und der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es in der ambulanten und stationären Pflege nicht. Die Zulassung zur pflegerischen Versorgung von GKV-Versicherten erfolgt durch einen Versorgungsvertrag. Sofern Anbieter gesetzlich festgelegte Mindestanforderungen erfüllen, haben sie Anspruch auf einen Versorgungsvertrag.

Vergütungssysteme

Die Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung werden nach dem *Sachleistungsprinzip* erbracht. Versicherte erhalten dabei von den jeweiligen Leistungserbringern Sachleistungen (v.a. Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel wie Hörgeräte oder Krankenfahrstühle) und personenbezogene Dienstleistungen (z. B. eine ärztliche Behandlung). Die Leistungserbringer werden dafür von den Krankenkassen vergütet. Die Höhe der Vergütungen wird in der Regel in direkten Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer vereinbart.

Die Vergütung der **ambulanten ärztlichen Behandlung** erfolgt je nach Art der Krankenversicherung in zwei grundsätzlich unterschiedlichen Vergütungssystemen. Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Behandlung werden aus der zwischen KV und Krankenkassen vereinbarten so genannten *Gesamtvergütung* honoriert. Die Gesamtvergütung ist keine Vergütung für Einzelleistungen, sondern eine Pauschale, die für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages an die KV gezahlt wird. Die einzelnen VertragsärztInnen richten ihre Vergütungsansprüche an die jeweils zuständige KV. Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ist es dann, die Gesamtvergütung auf die einzelnen VertragsärztInnen zu verteilen, und zwar entsprechend der von ihnen tatsächlich erbrachten Einzelleistungen. Die Verteilung erfolgt im Wesentlichen auf Grundlage einer bundesweit einheitlichen Gebührenordnung, dem *Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)* sowie weiterer gesetzlicher und KV-interner Vorschriften.

Die Vergütung der *privatärztlichen Behandlung* geschieht auf Grundlage der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* bzw. *Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)*. Dabei handelt es sich um Rechtsverordnungen, die von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen werden. Privatärztlich tätige ÄrztInnen stellen ihre Honorare ihren PatientInnen in Rechnung. Die PatientInnen sind Schuldner der Rechnung und müssen diese begleichen. Versicherte der PKV reichen ihre Rechnungen bei ihrer privaten Krankenversicherung ein und erhalten von der Versicherung den im individuellen Versicherungsvertrag vereinbarten Teil des Rechnungsbetrages erstattet (*Kostenerstattungsprinzip*).

Die Vergütung im Bereich der *Arzneimittelversorgung* erfolgt innerhalb eines staatlich regulierten Arzneimittelmarktes. Die Hersteller von Arzneimitteln sind grundsätzlich frei bei ihrer Preisgestaltung. Die Preisbildung des Groß- und Einzel-

handels unterliegt hingegen staatlicher Regulierung. Für einen Großteil der Arzneimittel sind zudem Festbeträge festgesetzt, bis zu deren Höhe die Krankenkassen die Kosten übernehmen. Diese wirken weitgehend auch als Preisobergrenzen, da die Differenz zwischen dem Festbetrag und einem höheren Herstellerpreis von den PatientInnen selbst getragen werden muss. Seit 2010 ist auch die Preisbildung für neu auf den Markt kommende Arzneimittel stärker reguliert. Es dürfen nur dann höhere Preise als für vergleichbare, bereits eingeführte Arzneimittel verlangt werden, wenn der Hersteller gegenüber dem *Gemeinsamen Bundesausschuss* (G-BA) die Wirksamkeit und den Zusatznutzen des neuen Arzneimittels durch Studienergebnisse nachgewiesen hat. Hersteller haben nur noch für das erste Jahr nach der Zulassung eines neuen Arzneimittels das Recht, den Preis allein festzusetzen. Danach ist mit dem *GKV-Spitzenverband* eine Vereinbarung über den Abgabepreis zu treffen.

Die Vergütung der **stationären Krankenhausbehandlung** erfolgt zweigeteilt im Rahmen der so genannten *dualen Krankenhausfinanzierung*. Für die Finanzierung der Investitionskosten sind die Länder verantwortlich, die Kosten des laufenden Krankenhausbetriebes sind durch Entgelte der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zu finanzieren. Im Jahr 2004 wurde das bis dahin geltende *System der tagesgleichen Pflegesätze* (d. h. das Krankenhaus erhält für jeden Kalendertag während der Verweildauer eine gleich hohe Vergütung) auf ein *Fallpauschalensystem* umgestellt. In einem bundesweit geltenden Katalog sind nun Diagnosen und Prozeduren für definierte DRG-Fallgruppen (DRG: *Diagnosis Related Groups*) festgelegt. Für jede Fallgruppe ist eine so genannte Bewertungsrelation ausgewiesen. Hierzu wird auf Landesebene zwischen den Krankenkassen und der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft ein so genannter *Landesbasisfallwert* vereinbart. Die Höhe der jeweiligen Fallpauschale für eine im Katalog definierte Fallgruppe ergibt sich aus der Multiplikation der für diese DRG im Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert des jeweiligen Bundeslandes. So ergibt beispielsweise eine Bewertungsrelation von 1,5 gemeinsam mit einem Landesbasisfallwert von 3.000 Euro eine Fallpauschale in Höhe von 4.500 Euro. Das DRG-Fallpauschalensystem gilt auch für die Behandlung von PKV-Versicherten. Für privatärztliche Leistungen der Chefärzte sowie die gesonderte Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer werden jedoch zusätzliche Vergütungen berechnet.

Die Vergütung der **ambulanten Langzeitpflege** erfolgt auf der Grundlage so genannter *Leistungskomplexxkataloge*. Darin sind Bewertungsrelationen für Leistungskomplexe ausgewiesen, die mit einem einheitlichen Punktwert multipliziert den jeweiligen Preis für eine Leistung ergeben. Zu Leistungskomplexen werden mehrere Einzelleistungen zusammengefasst, die in einem funktionalen Zusammenhang stehen (z. B. Körperpflege einschließlich des Aus- und Ankleidens).

Die Versorgung in **Pflegeheimen** wird anhand von Pflegesätzen (*Tagessätzen*) vergütet. Sie beinhalten neben den Leistungen für Pflege und Betreuung auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie eine Investitionskostenpauschale. Die

Pflegeversicherung übernimmt nur die Kosten der Grundpflege, die dem Hilfebedarf entsprechend unterschiedlich hoch sein können. Darüber hinaus gehende Kosten müssen die Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen selbst tragen.

Die Höhe der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung richtet sich sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Langzeitpflege nach den Ergebnissen einer Pflegebegutachtung durch den *Medizinischen Dienst der Krankenversicherung* (MDK). In der Regel führt der MDK eine Begutachtung in der häuslichen Umgebung bzw. im Heim durch und stellt dann den Grad der Pflegebedürftigkeit fest. Bis Ende 2016 erfolgte eine Einstufung in drei Pflegestufen. Ab dem 1.01.2017 gilt ein neues System der Einstufung in fünf Pflegegrade. Im Unterschied zum vorherigen System werden nun auch kognitive und soziale Einschränkungen berücksichtigt.

Für PKV-Versicherte gelten im Pflegebereich die gleichen Leistungssätze, wie sie die soziale Pflegeversicherung vorsieht. In der Regel stellen die Pflegeeinrichtungen auch bei diesen Versicherten die mit den Krankenkassen vereinbarten Vergütungssätze in Rechnung.

Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems

Die Gesamtausgaben für das deutsche Gesundheitssystem lagen 2014 bei ca. 330 Mrd. Euro (Tab. 3.10). Die absoluten Ausgabenbeträge sind jedoch relativ wenig aussagekräftig, insbesondere da an ihnen nicht erkennbar ist, wie hoch der Anteil der Gesundheitsausgaben an der gesamten Wirtschaftskraft ist. Dementsprechend werden Gesundheitsausgaben – besonders auch im internationalen Vergleich – in der Regel in anderen Kennzahlen gemessen. Ein geläufiger Indikator ist die Angabe der Ausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Die genannten 330 Mio. Euro entsprachen 2014 ca. 11,7 % des Bruttoinlandsprodukts.

Hiernach weist die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland seit 1991 zwei auffällige Anstiege aus (Abb. 3.2). Der erste Anstieg lag in der Mitte der 1990er Jahre. Er war Folge der Einführung der Pflegeversicherung, deren Ziel es insbesondere auch war, zusätzlichen Mittel für eine Verbesserung der Pflegeinfrastruktur bereitzustellen. Der zweite Anstieg erfolgte von 2008 auf 2009. Er wurde durch einen Rückgang der Wirtschaftsleistung infolge der weltweiten Finanzmarktkrise verursacht. An diesem zweiten Anstieg wird erkennbar, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP nicht nur auf Ausgabensteigerungen reagiert, sondern auch auf krisenhafte Wirtschaftsentwicklungen. Sinkt die Wirtschaftskraft, kann dies trotz eines moderaten oder geringfügigen Anstiegs der absoluten Gesundheitsausgaben zu einem deutlichen Anstieg der Ausgabenquote führen.

Tab. 3.10: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren zwischen 1992 und 2014 (Ausgabenbeträge in Mio. Euro).

	1992	1995	2000	2005	2010	2014	Diff. zwischen 1992 und 2014	
							in Mio. €	in %
Ausgaben insgesamt	158.966	186.922	213.804	241.932	290.252	327.951	168.985	106,3
In % des Brutto- inlandsprodukts	9,4	9,8	10,1	10,5	11,3	11,7		
davon								
Öffentliche Haushalte	17.628	19.920	13.614	13.583	14.220	14.769	-2.859	-16,2
In % der Ausgaben insg.	11,1	10,7	6,4	5,6	4,9	4,5		
Sozialversicherung	105.1086	125.582	147.835	161.361	196.037	226.795	90.664	86,3
In % der Ausgaben insg.	66,1	67,2	69,1	66,7	67,5	69,2	-	-
davon								
– Gesetzliche Krankenversicherung	98.718	112.474	123.914	135.877	165.835	191.767	93.049	94,3
In % der Ausgaben insg.	62,1	60,2	58,0	56,2	57,1	58,5	-	-
– Soziale Pflegeversicherung	-	5.295	16.706	17.888	21.535	25.452	25.452	-
In % der Ausgaben insg.	-	2,8	7,8	7,4	7,4	7,8	-	-
– Gesetzliche Rentenversicherung	3.530	4.405	3.528	3.598	4.054	4.363	833	23,6
In % der Ausgaben insg.	2,2	2,4	1,7	1,5	1,4	1,3	-	-
– Gesetzliche Unfallversicherung	2.838	3.408	3.687	3.998	4.613	5213	2.375	83,7
In % der Ausgaben insg.	1,8	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	-	-
Private Kranken- und Pflegeversicherung	11.679	14.275	17.604	22.023	26.773	29.262	17.583	150,6
In % der Ausgaben insg.	7,4	7,6	8,2	9,1	9,2	8,9	-	-
Arbeitgeber	6.957	7.806	8.692	10.231	12.281	13.938	6.981	100,3
In % der Ausgaben insg.	4,4	4,2	4,1	4,2	4,2	4,3	-	-
Private Haushalte u. Organisationen^a	17.616	19.339	26.059	34.734	40.941	43.186	25.570	145,2
In % der Ausgaben insg.	11,1	10,3	12,2	14,4	14,1	13,2	-	-

^a Private Organisationen ohne Erwerbszweck: Diakonie, Caritas, DRK, AWO etc.

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes.

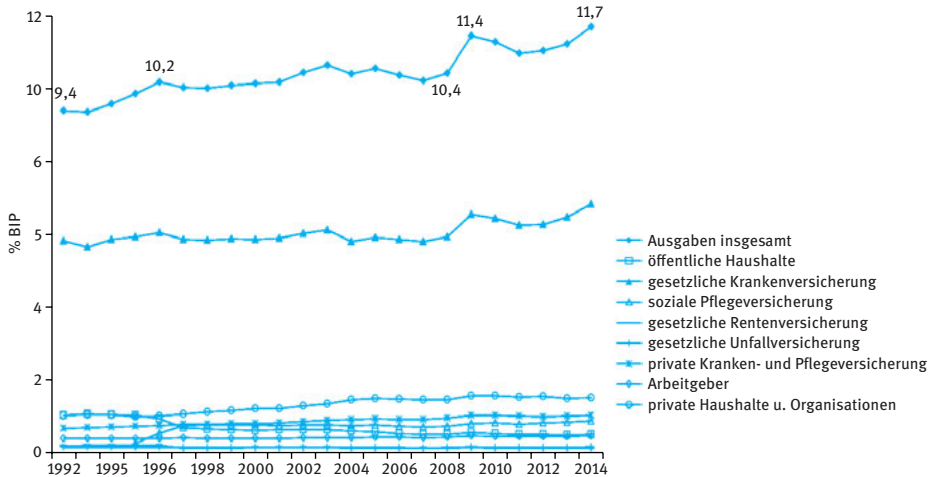


Abb. 3.2: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) in Deutschland in den Jahren zwischen 1992 und 2014. Dargestellt sind die Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP insgesamt sowie die darin enthaltenen Ausgaben der öffentlichen Haushalte, der Gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Unfallversicherung, der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, der Arbeitgeber sowie der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (z.B. Diakonie, Caritas, DRK, AWO etc.).

Quelle der Daten: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes.

Wichtigster Finanzierungsträger für das deutsche Gesundheitssystem ist somit die *gesetzliche Krankenversicherung* (GKV). Ihr Anteil an den Gesamtausgaben für den Gesundheitsbereich betrug im Jahr 2014 etwa 58 %. An zweiter Stelle folgen die *privaten Haushalte*, die 2014 vor allem durch Zuzahlungen und privat finanzierte Gesundheitsleistungen ca. 13 % der Ausgaben trugen. Die *PKV* finanzierte 2014 ca. 9 % der Ausgaben.

3.3 Patientensicherheit

David Schwappach

Ein zentraler Aspekt im Hinblick auf die Qualität der Gesundheitssysteme ist die Patientensicherheit. Untersuchungen aus Europa und den USA zeigen, dass es bei ca. 5–10 % der Patienten im Krankenhaus zu einem unerwünschten Ereignis kommt, das zu einem Schaden bei dem Patienten führt. Etwa die Hälfte dieser Ereignisse wird als vermeidbar angesehen. Besonders dramatisch ist, dass ca. 0,1 % der in ein Krankenhaus aufgenommenen PatientInnen aufgrund vermeidbarer unerwünschter Ereignisse versterben. In Deutschland sind dies jährlich etwa 17.000 und in der Schweiz

ca. 1.200 PatientInnen, die auf diese Weise ihr Leben verlieren. Es handelt sich hierbei nicht um dramatische Einzelfälle, sondern um ein Systemproblem.

Vielleicht haben Sie als PatientIn oder MitarbeiterIn im Gesundheitswesen schon einmal eine ähnliche Situation erlebt:

- Einer Patientin wird von ihrem Hausarzt ein zusätzliches Medikament verordnet. Eine mögliche *Interaktion* mit der bereits bestehenden Medikation wird nicht überprüft. Bei der Patientin kommt es daraufhin zu einer Wechselwirkung zwischen den Arzneimitteln mit schwerwiegenden Folgen.
- Im Wartebereich der Diagnostik-Abteilung eines Krankenhauses warten mehrere Personen. Als der nächste Patient namentlich aufgerufen wird, steht ein älterer Herr auf und betritt den Untersuchungsraum. Nach Ablauf der diagnostischen Untersuchung fällt auf, dass die vorhandene Krankenakte zu einer jüngeren Patientin gehört, für die diese Untersuchung geplant war. Es stellt sich nun heraus, dass beide Patienten den gleichen Nachnamen haben. Die Patientin hatte den Wartebereich kurz verlassen, der ältere Patient hatte auf den Aufruf seines Nachnamens reagiert.

Vergleichbare Erfahrungen machen Fachleute und PatientInnen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung seit jeher. Systematisch untersucht und offen thematisiert werden Häufigkeit und Ausmaß der Schädigung von PatientInnen jedoch erst seit der Bericht „To err is human“ unter dem Stichwort „Patientensicherheit“ vom *Institute of Medicine* im Jahr 2000 veröffentlicht wurde.

Hiernach sind die folgenden drei Begriffe für die Patientensicherheit zentral:

- **Unerwünschtes Ereignis** (*Adverse Event*): Der Begriff beschreibt eine Schädigung, die auf das medizinische Management und nicht auf die Erkrankung eines Patienten zurückzuführen ist. Die Schädigung kann leicht oder schwer sein und temporär oder dauerhaft bestehen bleiben. Ein unerwünschtes Ereignis kann, muss aber nicht das Ergebnis eines Fehlers sein. Ein Beispiel für ein unerwünschtes Ereignis ist eine allergische Reaktion auf Penicillin.
- **Medizinischer Fehler** (*Medical Error*): Hierunter versteht man eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung von einem vorhandenen Plan (Ausführungsfehler), ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt (Planungsfehler). Der Fehler *kann, muss aber nicht zu einer Schädigung führen*. Die Frage, was genau ein falscher Plan oder eine falsche Ausführung ist, orientiert sich stark am aktuellen Kenntnisstand in der Medizin. Ein medizinischer Fehler liegt beispielsweise dann vor, wenn trotz einer bekannten Penicillin-Allergie einem Patienten Penicillin verordnet wird, weil der Warnhinweis in der Patientenakte übersehen wurde. Die Klassifikation als „Fehler“ ist unabhängig davon, ob es (hier: als Folge der Penicillingabe) zu einer Schädigung kommt.
- **Vermeidbares unerwünschtes Ereignis** (*Preventable Adverse Event*): Ereignisse, die auf Fehlern beruhen, sind grundsätzlich vermeidbar. Von einem vermeidbaren, unerwünschten Ereignis spricht man, wenn ein auf einen Fehler

zurückzuführendes, unerwünschtes Ereignis vorliegt, das zu einem Schaden führt. Erleidet der oben beschriebene Patient aufgrund der fehlerhaften Penicillinalgabe eine allergische Reaktion, handelt es sich somit um ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis.

Das vermeidbare unerwünschte Ereignis hat also **drei** wichtige Merkmale: Es liegt (1) eine Schädigung vor, die (2) auf einen Fehler (3) im Management einer Erkrankung zurückzuführen ist. Davon abzugrenzen sind die nicht-fehlerbedingten Ereignisse, die trotz richtiger und angemessener Behandlung eintreten können. Dazu gehören z. B. die Nebenwirkungen eines Medikamentes trotz sachgerechten Gebrauchs. Zentrales Ziel der internationalen Bewegungen für die Patientensicherheit ist die Reduktion der Zahl vermeidbarer, unerwünschter Ereignisse.

Kommt es in der Patientenversorgung zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, so ist dies nur selten auf einen Fehler oder eine Unachtsamkeit einer einzelnen Person zurückzuführen. Vielmehr ist die moderne Gesundheitsversorgung geprägt durch hochkomplexe und stark arbeitsteilig organisierte Prozesse. Daraus resultieren viele Schnittstellen zwischen den daran beteiligten Menschen – was hohe Ansprüche an die Kommunikationsfähigkeit der Beteiligten stellt –, aber auch zwischen Menschen und technischen Geräten. Daher können Verbesserungen im Bereich der Patientensicherheit nur durch das gemeinsame, berufsgruppenübergreifende Lernen aus Fehlern erzielt werden. Ein wichtiges Element hierfür sind **anonyme Fehlermeldesysteme** (*Critical Incident Reporting System*, CIRS), die inzwischen in vielen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vorhanden sind. Das Melden von Fehlern durch MitarbeiterInnen ermöglicht es, Schwachstellen zu erkennen, systematische Lösungen zu entwickeln und zukünftige Fehler zu vermeiden. Damit verbunden ist die Entwicklung einer **Sicherheitskultur** im Gesundheitswesen, in der alle Berufsgruppen an der Aufarbeitung von Fehlern und der Entwicklung von Lösungen beteiligt werden. Eine solche Sicherheitskultur umfasst gemeinsame Werte, Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen bei allen Beteiligten in einer Organisation, die in ihrer Summe den Stellenwert und die Akzeptanz des Themas Patientensicherheit erhöhen und damit zu mehr Sicherheit für die PatientInnen beitragen.

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass mit geeigneten Maßnahmen deutliche Fortschritte in der Patientensicherheit erzielt werden können. Nationale und internationale Organisationen bieten Instrumente an, mit denen spezifische Sicherheitsprobleme angegangen werden. Ein Beispiel hierfür ist die Kampagne der WHO *Safe Surgery Saves Lives* (s. Internetressourcen). Ziel der Kampagne ist die Erhöhung der Sicherheit in der Chirurgie durch die Verwendung einer **Checkliste** (s. Abbildung in Kap. 3.3 auf unserer Lehrbuch-Homepage). Anhand dieser Checkliste werden vor, während und nach einem operativen Eingriff wichtige Elemente und Prozessschritte durch eine verantwortliche Person überprüft. Dazu gehören beispielsweise die zeitgerechte Gabe von Antibiotika, die mehrfache Identitätsprüfung des Patienten und die mehrfache Überprüfung des geplanten Eingriffs (z. B. der richtigen Körperseite) sowie

das „Time-Out“ vor dem Schnitt – ein Moment des Innehaltens und der Konzentration auf die folgende Tätigkeit. Weitere evidenzbasierte Maßnahmen und Programme existieren für die zentralen Probleme der Patientensicherheit, wie z. B. zur Reduktion von nosokomialen Infektionen (s. Kap. 9.3) oder auch zum Umgang mit Hochrisikomedikamenten wie Chemotherapeutika, Antikoagulantien, Insulinen und Opiaten.

Aktuelle Situation der Patientensicherheit in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Eine wichtige strukturelle Maßnahme zur Förderung der Patientensicherheit in der akut-stationären Versorgung ist das *klinische Risikomanagement*. Es ist in Deutschland, Österreich und der Schweiz inzwischen gut etabliert. Die drei Länder stehen hinsichtlich der Patientensicherheit vor ähnlichen Herausforderungen. Ein zentraler Aspekt ist die demografische Entwicklung der Bevölkerung. Der Anteil an betagten und/oder multimorbiden PatientInnen (s. Kap. 8.1), die viele medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, nimmt zu. Damit erhöhen sich die Komplexität der Vorgänge und die Zahl der Schnittstellen, sodass auch die Risiken im Hinblick auf die Patientensicherheit ansteigen. Zunehmend kürzere Verweildauern in Krankenhäusern machen es darüber hinaus erforderlich, die Patientensicherheit gerade bei dieser Patientengruppe auch über die stationäre Behandlung hinaus weiter im Auge zu behalten. Dies gilt insbesondere für die Bereiche der Nachsorge, der Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Betreuung.

Die Kommunikation zwischen PatientInnen und Fachpersonen ist eine wichtige Grundvoraussetzung für eine sichere Krankenversorgung. Der in allen drei Ländern steigende Anteil an PatientInnen ohne Kenntnisse der Landessprache erfordert neue Maßnahmen (wie z. B. Dolmetscherdienste), sodass zumindest eine elementare Kommunikation gewährleistet werden kann, um das Risiko für unerwünschte Ereignisse zu reduzieren.

In Deutschland, Österreich und der Schweiz werden bislang die meisten Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit auf freiwilliger Ebene in den Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und den ambulanten Praxen umgesetzt. Der zunehmende ökonomische Druck, der sich z. B. durch Personalmangel äußert, macht es jedoch immer schwerer, sinnvolle – und häufig mittelfristig auch kostensparende – Verbesserungsaktivitäten in der Praxis zu etablieren.

Internet-Ressourcen

Auf unserer Lehrbuch-Homepage (**www.public-health-kompakt.de**) finden Sie Literaturquellen, Links zu weiterführender Literatur, zusätzliche Abbildungen und Tabellen sowie Links zu anderen themenrelevanten Internet-Ressourcen.

